



**STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız/Hasta Yakınımız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınıza ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI/TANI ve Hastalığınız hakkında genel bilgi: Otoskleroz (Üzengi kemiğinde kireçlenme).

Bu hastalıkta işitme kaybını meydana getiren bozukluk; orta kulak içindeki işitmede görevi olan kemikçiklerden sonuncusu olan üzengi (stapes) kemiğinin kireçlenerek hareket kabiliyetini kaybetmesidir. Hastalığın ortaya çıkmasında ailevi ya da hormonal etkenler bulunabilir. En önemli şikayet işitme azlığıdır ve bu işitme azlığı zaman içinde kötüleşebilir. Tedavisinde kireçlenen üzengi kemiği yerine vücuda uyumlu maddeden yapılmış bir protez yerleştirilir.



**STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Bu hastalığın temel tedavisi, cerrahidir. Lokal ya da genel anestezi altında yapılan bu cerrahide kireçlenen üzengi kemiği çıkarılarak bunun işlevini görecektir bir protez yerleştirilir.

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Sık görülebilen yan etkiler:

- İşitme kaybının düzelmemesi
- Tat duyusunda değişiklik
- Geçici baş dönmeleri / dengesizlik

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Çınlama (cerrahi öncesi mevcut olan çınlama düzelmeyebilir, geçici / kalıcı artabilir)
- Kulak zarında zedelenme
- Kulak içinde kanama, enfeksiyon
- Konan protezin yerinden çıkması

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Tam ve geri dönüşümsüz işitme kaybı (%0,5)
- Yüz felci

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Başarı olasılığı altta yatan sebebe, hastalığın ağırlığına ve tedaviye verdiği cevaba göre değişmektedir.

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Otoskleroz (Üzengi kemiğinde kireçlenme) tedavisi için bugünün şartlarında başka bir yöntem



**STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

yoktur.

**9. AMELİYAT ÖNCESİNDE ve NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ
GEREKENLER**

GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- En az 6 saat öncesinde aç kalmalı, hiçbir şey yememeli, içmemelisiniz
- Kanamayı artırabilecek, kan sulandırıcı (aspirin gibi) ilaçlar en 1 hafta öncesinden kesilmelisiniz
- Ameliyata giderken takma dişlerinizi, takılarınızı ve üzerinizdeki tüm metal malzemeleri çıkarınız.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Genel anestezi ile ameliyat olduysanız en az 4 saat aç kalmalısınız.
- Ani baş hareketlerinden kaçınılmalıdır. (baş dönmesini ortaya çıkarabilir / artırabilir)
- Kulağındaki tamponu ıslatmamalısınız.
- Cerrahi sonrası 15 gün şehirlerarası yolculuk yapmamalısınız.
- 2 ay uçağa binmemelisiniz.
- Ömür boyu SCUBA (tüplü) dalışı yapmamalısınız.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMEİN OLASI SONUÇLARI:

Bu tedavi uygulanmadığı durumda şikayetlerinizin düzelmesi yada azalması beklenemez. Hatta hastalık ilerleyerek iç kulağın fonksiyonlarını da bozarak ameliyatla düzeltilemeyecek hasarları oluşturabilir

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

Bu hastalığın temel tedavisi, cerrahidir. Lokal yada genel anestezi altında yapılan bu cerrahide kireçlenen üzenge kemiği çıkarılarak bunun işlevini görecektir bir protez yerleştirilir. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücuduma, vücudun başka bir yerinden alınacak organ veya doku nakli yapılabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı olarak metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin / malzemelerin yerleştirilebileceğini; bu maddelerin daha sonra yerlerinden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini veya beklenen fonksiyonları gösteremeyebileceğini; tekrar çıkartılmaların ve bunun için ayrı ameliyat(lar)ın gerekebileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğini anlayarak onay veriyorum.



**STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin, bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanması, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.



**STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr.....'nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetisi yok
☐ Acil

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.