



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) 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, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız 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: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan “ses telinezde/ gırtlığınızda yara, kitle, iltihap, nodül, polip, kist, felç, yabancı cisim, darlık, travma” hastalığınızın teşhisi ve tedavisi veya “ses kısıklığı, yutma güçlüğü, nefes darlığı, kan tükürme, boyunda şişlik veya aspirasyon (yutarken gıdaların nefes borusuna kaçması)” gibi şikayetlerinizin aydınlatılması amacıyla size / çocuğunuza bu cerrahi girişimin gerektiği kararına varılmıştır. Gırtlığınızdaki sorunun kesin teşhisinin konulabilmesi için biyopsi (doku parçası) alınması ve mümkünse aynı zamanda buradaki hastalığın tümüyle çıkarılarak tedavi edilmesi amacı ile bu girişimin yapılması gerekmektedir. Gırtlığınızdaki (ses telinezdeki) hastalık basit bir kist, nodül, polip gibi iyi huylu bir hastalık olabileceği gibi, kanser gibi kötü huylu bir hastalık da olabilir. Bu nedenle; gırtlığınızın ve ses tellerinizin narkoz altında mikroskop ve/veya endoskopi (ışık taşıyıcı aletle) ayrıntılı incelenmesi ve mümkünse tümüyle, değilse bir bölümünün çıkarılmasıyla biyopsi (doku örneği) alınması amacı ile bu girişim yapılmaktadır. Alınan biyopsi ameliyat sırasında olabileceği gibi ameliyat sonrasında da patolojik tetkike (mikroskopla incelenmeye) alınacak ve kesin sonuç 1-2 hafta içinde size bildirilecektir.



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

Yapılan işlem ve çıkacak sonuca göre size ek bir tetkik veya tedavi gerekmeyebileceği gibi, başka tetkikler ve tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler de gerekli olabilir.

Sonradan yapılacak tetkik ve tedavi sonuçlarına göre bu delik kalıcı veya geçici olabilir.



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Mikroskopik ve/veya endoskopik süspansiyon direkt larengoskopi ve her türlü endolarengeal girişim (biyopsi, total rezeksiyon) Mikroskop ve/veya ışık taşıyıcı aletlerle askıya alınan gırtlakla direkt bakı ve her türlü gırtlak içi girişim (doku örneği alınması, anormal dokuların tümü ile çıkarılması)

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:

- Dudak, dişeti, dişler, bademcikler ve ağız içinde yaralanmalar, narkozdan uyanma sırasında huzursuzluk veya uyku hali, boğazda yanma, sancı, ense-boyun ağrısı

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Genel anesteziye (narkoza) bağlı sorunlar, ses kalitesinde değişiklik veya kısıklık (geçici veya kalıcı), dilde uyuşukluk (genellikle geçici), tat duyusu değişikliği, yara iyileşmesi sorunu,

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Nefes darlığı, havayolu tıkanıklığı, yutma zorluğu, tüm cerrahi girişimlerde görülebilen damar içinde kan pıhtılaşması/taşınması (tromboz/emboli), yara iltihabı veya kalp-dolaşım sistemi reaksiyonları gibi genel tehlikeler, koldaki veya bacakta bir toplardamara serum takılması gibi her ameliyatta gerekli olan basit işlemler de bile çok ender de olsa gelişebilen sorunlar (damar iltihabı gibi), ses telleri veya akciğer iltihabı, kanama.

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

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



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Ses telinizde/ gırtlığınızda yara, kitle, iltihap, nodül, polip, kist, felç, yabancı cisim, darlık, travma” hastalığınızın teşhisi ve tedavisi veya “ses kısıklığı, yutma güçlüğü, nefes darlığı, kan tükürme, boyunda şişlik veya aspirasyon (yutarken gıdaların nefes borusuna kaçması)” gibi şikayetlerinizin aydınlatılması amacıyla bugünün şartlarında başka bir yöntem tanımlanmamıştır.

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

GİRİŞİMDEN ÖNCE HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

Lütfen ameliyattan en az bir hafta önce, eğer alıyorsanız aspirin gibi kanı sulandıran ilaçları almayı ve içiyorsanız sigara içmeyi bırakınız. Ameliyat saatinden 5–6 saat öncesinden itibaren hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Ameliyata giderken takma dişlerinizi, takılarınızı ve üzerinizdeki tüm metal malzemeleri çıkarınız.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

Ameliyat günü veya ertesi gün hastaneden taburcu olacaksınız. Olağandışı durumda daha uzun süre de hastanede kalabilirsiniz. Aynı gün taburcu olmanız durumunda kesinlikle araba kullanmayınız. Ameliyattan sonra genellikle 2–3 saat sonra ağızdan beslenmeye başlayabilirsiniz. Ameliyattan sonraki 3–5 gün süre ile sulu ve yumuşak gıda yemeniz gerekli olabilir. Yine ameliyat sonrası 1 haftalık süre boyunca ses istirahati (sesinizi en az düzeyde kullanma) ve bolca su içmeniz çok faydalıdır. Ayrıca, eğer sigara içiyorsanız ameliyat sonrası dönemde mümkünse tümüyle, değilse en azında birkaç hafta sigara içmemeniz önerilir. İşlemden sonra 2-3 gün kadar evde istirahat etmeniz gereklidir.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda gırtlığınızdaki hastalığın teşhisi yapılamayacaktır. Bu hastalığınızın iyi huylu olması durumunda; tedavisi mümkün olmayacak, hastalığınız giderek daha fazla ilerleyebilecek ve bir aşamadan sonra cerrahiyle bile tedavi edilemeyecek hale gelebilecektir. Hatta bazı iyi huylu hastalıklarda zamanla kötü huylu tümöre dönüşme ihtimali de bulunmaktadır. Hastalığınızın kötü huylu olması durumunda ise; yine tedaviyi planlamak için çok önemli olan teşhis konamayacak, hastalık mutlaka ilerleyecek, öncelikle tüm gırtlığınızı tıkararak nefes alamamanıza, yemek borunuzu etkileyerek yutma zorluğuna neden olacaktır. Takiben başta boyundaki bezeler olmak üzere vücudunuzun çeşitli



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

bölgelerine atlayacak ve sonunda hayatınızı tehdit edecek boyutlara gelecektir.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

İşlemin genel anestezi (narkoz) ile uygulanması durumunda, “**Anestezi İçin Aydınlatılmış Hasta Onam Formu**”nda, anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz (narkozu verecek olan doktor) ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Narkoz sırasında ek olarak kanamayı önleyici bir ilacın yapılması durumunda ender olarak beklenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir. Bunlar:

- Alerjik reaksiyonlar; şişlik, kaşıntı, hatta şoka varabilen ağır dolaşım bozuklukları,
- Merkezi sinir sistemine ait yan etkiler; huzursuzluk, kasılmalar, solunum bozuklukları,
- Kan basıncı yükselmesi veya düşmesi, kalp ritm bozuklukları ve kalp atışının yavaşlaması. Ayrıca, genellikle gerekmemesine rağmen, olağanüstü bir durumda lüzumu halinde kullanılacak kan veya kan ürünlerinin nakli sırasında oluşabilecek hastalık bulaşma ihtimali de vardır. Bu işlem sonrasında genellikle alınan doku örnek(ler)i patolojiye (mikroskop altında incelenmeye) gönderilir. Bunun sonucuna göre size başka bir girişim veya tedavi gerekmebileceği gibi, başka tetkikler ve tedaviler (tıbbi veya cerrahi) de gerekli olabilir. Kulak-burun-boğaz sahasında en sık yapılan ameliyatlardan ve belki de riski en az (en güvenilir) ameliyatlardan biridir. Ağız içinden yerleştirilecek bir tüpün içinden, dışarıdan kesi yapılmadan uygulanacak bir girişimdir. Ancak çok ufak bir ihtimalle bile olsa, ameliyat sırasında olası bir beklenmedik gelişme sonrasında (aşırı kanama, alerji, gırtlakta ödem- şişlik gibi) boyundan kesilerek yapılacak bir ameliyat ta gerekli olabilir. Ayrıca ameliyatla birlikte size yapılan önerilere uymamanız (sigara içmeye devam etmeniz gibi) durumunda daha yüksek ihtimalle olmak üzere, ameliyatla düzeltilen hastalığınız tekrarlayabilir ve benzer bir ameliyat tekrar gerekli olabilir. Yine özellikle her 2 ses telinizi tutan veya gırtlığınızda yaygın olarak bulunan hastalıklarda planlı olarak aşamalı ameliyat da yapılabilir.

- ✓ 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



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

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, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

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



**MİKROSKOBİK ve/veya ENDOSKOBİK SÜSPANSİYON DİREKT LARENGOSKOPI
ve HER TÜRLÜ ENDOLARENGEAL GİRİŞİM (BİYOPSİ, TOTAL REZEKSİYON)
MİKROSKOP ve/veya IŞIK TAŞIYICI ALETLERLE ASKIYA ALINAN GİRTLAKA
DİREKT BAKI ve HER TÜRLÜ GİRTLAK İÇİ GİRİŞİM (DOKU ÖRNEĞİ ALINMASI,
ANORMAL DOKULARIN TÜMÜ İLE ÇIKARILMASI) İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

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.