



**TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA
DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE
İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) 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, 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: Kronik otit sekeli (müzmin orta kulak iltihabı nedenli hasar), Kronik Süpüratif Otitis Media (sürekli kulak iltihabı nedenli akıntı).Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.



TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Mastoidektomi-Timpanoplasti: Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir. Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile); gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile); gerekse de allogreft (satın alma yolu ile temin edilmiş suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir.

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:

- Kalıcı ve geçici kulak çınlaması (tinnitus) veya baş dönmesi olabilir.

Nadir görülebilen yan etkiler:

- İşitmenin düzelmemesi.
- Operasyon sırasında kulak zarındaki defektin başarılı tamirine rağmen işitmede düzelme olmayabilir.
- Tat duyusu değişiklikleri olabilir.
- Kulak içinde ve yara yerinde kanama ve enfeksiyon oluşabilir.
- Kulak zarının tamirinde başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.
- Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Yüz siniri felci. (Nadiren yüz kaslarının geçici veya kalıcı felci oluşabilir.)



TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

- Kafa içi komplikasyonlar. (Beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar zedelenebilir, enfeksiyon ve kanama gelişebilir.)
- Nadiren kısmi veya total işitme kaybı.

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

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

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Kronik otit sekeli (müzmin orta kulak iltihabı nedenli hasar), Kronik Süpüratif Otitis Media (sürekli kulak iltihabı nedenli akıntı) tedavisi için bugünün şartlarında başka bir yöntem yoktur.

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 bırakınız. Müdahale saatinden 8 saat öncesinden itibaren hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Özel bir hastalığınız varsa sorulmadan doktorunuza bilgi veriniz. Doktorunuzla son görüşmenizden bu yana kulağınızda akıntı başlamışsa ameliyattan en az 1 gün önce doktorunuza haber veriniz. Ameliyata giderken üzerinizdeki tüm takı ve protezleri (saat, yüzük, kolye, bilezik, küpe, hareketli diş protezi, işitme cihazı, vb... gibi) çıkarıp bir yakınınıza teslim ediniz.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

Ameliyattan sonra 4 saat hiçbir şey yiyip içmeyiniz. Sonra aşırı ve ani yüklenmemek kaydıyla ve sıvı gıdaları tercih ederek beslenebilirsiniz. Ameliyattan sonra bir süre baş dönmeniz olabilir. Eğer aşırı baş dönmesi ve kusmalar olursa doktorunuza haber veriniz. Benzer şekilde, yüzünüzün mimik kaslarında hareket kusuru olduğu takdirde de doktorunuza haber veriniz. Ameliyattan sonra sümkürme, ıkınma, balon şişirme gibi basınç artırıcı hareketlerden 1 ay süre ile kaçınınız.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde, hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olamayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları; Menenjit, Beyin abseleri, Sinüs tromboflebiti (kafa için toplardamarların iltihabı), Yüz felci, Denge sorunları, İşitmenin tam kaybı, kulaktaki iltihabın orta kulaktan kafa içine ya da kafatası dışına yayılması gibi çoğu çok ciddi ya da hayati önemde olasılıklardır.



TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

Mastoidektomi-Timpanoplasti: Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir. Bu arada, işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile); gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile); gerekse de allogreft (satın alma yolu ile temin edilmiş suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir. 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.

- ✓ 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 ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.



**TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA
DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE
İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

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

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:



**TİMPANOPLASTİ / MASTOİDEKTOMİ (KULAKTAKİ HASTALIĞIN GİDERİLMESİ YA
DA KULAK ZARINDAKİ DELİĞİN GİDERİLMESİ; GEREKİRSE VE MÜMKÜNSE
İŞİTMENİN İYİLEŞTİRİLMESİ) OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

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.