



**ALT KONKA REZEKSİYONU / KOTERİZASYONU 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: Alt Konka Hipertrofisi (Burun eti ağırlı büyümesi)

Burun yan duvarında yer alan konkalar (burun eti) her insanda bulunan ancak değişik nedenlerden dolayı hacimleri arttığında burun tıkanıklığı ve burundan nefes almada güçlüğüne neden olabilen yapılardır. Alt konka rezeksiyonu / koterizasyonu hacmi artmış ve ilaç tedavisi ile küçülmeyen alt konkanın (alt burun eti) hacminin cerrah müdahale ile küçültülmesidir. Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi yapılan işlemin belirli riskleri vardır ve bunlar size anlatılacaktır. Yine de diğer cerrahi işlemler gibi bu işlemde de önceden ön görülemeyecek sorunlar ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.



**ALT KONKA REZEKSİYONU / KOTERİZASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Alt Konka Rezeksiyonu / Koterizasyonu

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:

- Sık görülebilen yan etkiler:
- Kanama
- Kabuklanma
- Sineşi (burun bölmesi ile konka arasında yapışıklık)

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Enfeksiyon
- Atrofik Rinit (aşırı küçültmeye bağlı burun işlevinde bozukluk)

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Konka nekrozu (işlem sonrası konkanın yapısının bozulması)

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

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

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Alt konka hipertrofisi (Burun eti aşırı büyümesi) 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:

- En az 6 saat öncesinde aç kalmalı, hiçbir şey yememeli, içmemelisiniz.
- Kanamayı artırabilecek, kan sulandırıcı (aspirin gibi) ilaçlar en 1 hafta öncesinden



**ALT KONKA REZEKSİYONU / KOTERİZASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA
ONAM FORMU**

kesilmelisiniz.

- Ameliyata giderken takma dişlerinizi, takılarınızı ve üzerinizdeki tüm metal malzemeleri çıkarınız.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Genel anestezi ile ameliyat olduysa en az 4 saat aç kalmalısınız.
- Tampon çıkarılması sonrası burnunuza uygulamanız gereken ilaçları düzenli kullanmalısınız.
- Tampon çıkarılması sonrasında erken dönemde olan rahat nefes alma, dokuların zaman içinde şişmesine bağlı olarak 6-12 saat içinde azalacak ve 4-6 gün içinde normale dönecektir.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMEİN OLASI SONUÇLARI:

Bu tedavi uygulanmadığı durumda şikayetlerinizin düzelmesi ya da azalması beklenemez. Burun tıkanıklığı nedeniyle uykuda nefes durmaları görülebilir. Bu da ileride kalp sorunu yaşama riskinizi artırır.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

Lokal yada genel anestezi altında yapılan bu cerrahide alt konka (alt burun eti) hacmi cerrah müdahale ile azaltılır.

- ✓ 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.



**ALT KONKA REZEKSİYONU / KOTERİZASYONU 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:



**ALT KONKA REZEKSİYONU / KOTERİZASYONU 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.