



TİROİDEKTOMİ 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 “**TİROİD bezinde nodüle ait PAPİLLER KARSİNOM şüphesi**” teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (Total Tiroidektomi) gerektiği kararına varılmıştır. Tiroid bezi, boyun orta hattında gırtlığın hemen altında soluk borusunun hemen önünde yerleşmiş bir organdır. Bu bezin tamamının çıkarılmasının en sık nedeni, bezin içindeki nodüllerin papiller kanseridir, daha nadiren de bezin müzmin iltihabı veya multinodüler guatr oluşudur. Bu ameliyat yapılmadan önce genellikle iğne biyopsisi (ince bir iğne ile bezden alınan hücrelerin incelenmesi) ultrason görüntülemesi yapılabilir. Hastalığın cinsi, büyüklüğü ya da yerleşim yerine göre tiroid bezinin bir kısmı ya da tamamı çıkarılabilir. Fakat son yıllardaki güncel yaklaşım tiroid bezinin tamamının alınması şeklindedir.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Total Tiroidektomi

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.



TİROİDEKTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Sık görülebilen yan etkiler:

- o Ameliyat bölgesinden kanama
- o Yara yerinde kan toplanması (hematom)

Nadir görülebilen yan etkiler:

- o Geçici kısmi setseli sinirinde hasarlanma (ses kısıklığına neden olabilir)
- o Yara enfeksiyonu
- o Cilt kesisinin kötü iyileşmesi (keloid, skar)

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- o Kalıcı ses teli siniri hasarı (ses kısıklığı)
- o Ses teli felcine bağlı nefes darlığı
- o Paratiroid bezlerinin alınmasına bağlı kalıcı hipokalsemi.

Bu ameliyat genellikle genel anestezi (narkoz) altında yapılır. “Anestezi Aydınlatılmış Hasta Onam Formu”nda, anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanınız (narkozu verecek olan doktor) ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz. Narkoz sırasında ek olarak kanamayı önleyici bir ilacın yapılması ile 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 kullanılabilecek kan veya kan ürünlerinin nakli sırasında oluşabilecek hastalık bulaşma ihtimali de vardır. Sıklıkla hastalıklı tükürük bezi miktarına ve yerleşimine göre tükürük bezinin bir miktarı çıkarılır. Cerrahinin boyutu ameliyat sırasında çıkarılan dokunun incelenmesi ile değişebilir. Yüz hareketlerini kontrol eden ve mimik hareketleri sağlayan sinir (fasiyal sinir) bu tükürük bezi içinden geçer. Tükürük bezi çıkarılırken çok sıklıkla bu sinirde kalıcı bir hasar oluşmamakla birlikte hastalığın cinsi, boyutu ya da yerleşim yeri nedeniyle bu sinirin bazı küçük dalları, ana dalları yada tamamının kesilmesi/feda edilmesi gerekebilir. Kalıcı hasar oluşmamış olsa bile yüz hareketlerinde sinir fonksiyonları yerine gelinceye kadar bir azalma olabilir. Eğer yüz hareketleri tamamen düzelmezse çeşitli yöntemlerle bu sorun giderilmeye çalışılır.

Cerrahi öncesinde kötü huylu tümör teşhisi varsa yada ameliyat sırasında bu durum tespit edilirse tükürük bezinin çıkarılması dışında ek tedavi yöntemleri de (aynı seansta boyundaki lenf bezlerinin temizlenmesi, ışın tedavisi gibi) gerekebilir.

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI:

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

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER):

Tiroidin papiller kanseri tedavisi için bugünün şartlarında başka bir yöntem yoktur.



TİROİDEKTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

9. AMELİYAT ÖNCESİ VE NEKAHAT DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi 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.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

- En az 4 saat aç kalmalısınız
- Ameliyat sahasındaki sızıntıları dışarı aktaran küçük vakum sistemi bulunduğu sürece hastanede yatacaksınız ve bu dönem içinde bu bölgenin bakımı ve pansumanları ilgili kişiler tarafından yapılacaktır. Yatış süresi genellikle 2-4 gündür. Ciltteki dikişler ortalama 1 hafta sonra alınacaktır. Bu dönem içerisinde ameliyat sahasının ıslanmamasına dikkat etmelisiniz.

10. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Bu tedavi uygulanmadığı durumda tiroid bezindeki kitlenin büyümesi/büyümeye devam etmesi kuvvetle muhtemeldir. Kitlenin özelliği malign (kötü huylu) ise büyümesinden tiroid dışına aynı taraf boyun ve veya karşı boyuna, akciğer, karaciğer, beyin gibi hayati organlara da sıçraması söz konusudur. Hastalığın yayılması sonucunda trakeada(soluk borusunda) itilme, yemek borusuna kanser yayılımı, tirodin dışına çıkarak kanserin etraf kaslara ve trakea etrafından ilerleyerek göğüs kafesi içine yayılması bu hastalığın seyrinde görülebilir.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ 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.
- ✓ Bu işlemin medikal / paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ 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 cihazlar / uygulamalar nedeniyle sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınımlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.



TİROİDEKTOMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku veya organların veya bunların görüntülerinin veya bunlardan üretilecek devam dokularının, bunlardan elde edilecek her türlü tıbbi bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine veya üretilmesine, 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

Şahidin (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.