



ADENOİDEKTOMİ (GENİZ ETİ AMELİYATI) İÇİN AYDINLATILMIŞ 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: Adenoid Ve Jetasyon (Geniz Eti Büyümesi)

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Adenoidektomi (Geniz Eti Ameliyatı)

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 aydınlatılarak 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 aydınlatılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Sık görülebilen yan etkiler:

- Narkozdan uyanma sırasında, hem huzursuzluk hem de uyku hali olması mümkündür.
- Genel olarak kısa süreli hafif bir yutkunma güçlüğü olur.
- Çok büyük olan geniz etleri çıkarıldıktan sonra, geçici olarak burundan konuşma olabilir.
- Yumuşak damak tekrar geniz arka duvarına dayanmaya alıştığı zaman burundan konuşma ortadan kalkar.



ADENOİDEKTOMİ (GENİZ ETİ AMELİYATI) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Nadir görülebilen yan etkiler:

- Dişlerin zarar görmesi, hatta kaybı; özellikle önceden hasar görmüş dişlerde, ağız açan aletin basısı sonucu ortaya çıkar.
- Geç kanamalar; özellikle kanın solunum yoluna kaçmasını önlemek için, çok ender de olsa yeni bir ameliyat gerekli olabilir.

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- Enfeksiyonlar; boyun lenf bezlerinin iltihabı, apseleri
- Burundan konuşmanın kalıcı olması (özellikle gizli damak yarığı varsa)
- Şiddetli kanamalar; anormal seyreden bir damar varlığında veya bilinmeyen pıhtılaşma bozukluğunda görülebilir, gerektiğinde kanı durdurmak için boynun dış kısmından ameliyat yapılabilir
- Östaki borusu çevresinde nedbeleşme ve bunun sonucunda orta kulakta sıvı birikimi
- Kan nakli, geç kanamalarda yalnız çok ender durumlarda gerekli olur.

7. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI:

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

8. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER):

Geniz eti büyümesi tedavisi için bugünün şartlarında başka bir yöntem yoktur.

9. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR:

Yapılacak ameliyatla geniz bölgesindeki iltihap odağının ortadan kaldırılması / burun arka kısmında ve östaki borusu girişindeki tıkanıklığın ortadan kaldırılması, buna bağlı oluşan orta kulakta sıvı birikmesi (effüzyon) ve olası müzmin sinüzit durumunun uzun vadede ortadan kaldırılması planlanmaktadır.

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

Girişimin uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00'ten sonra çocuğunuza **hiçbir şey yedirip içirmememiz gerekir**. Ancak kullanmakta olduğu ilaçları ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde su vermeden içirebilirsiniz. Ameliyattan önceki üç hafta boyunca çocuğunuza herhangi bir aşı yaptırmayınız. Eğer aşının mutlaka yapılması gerekiyorsa ameliyatınız aşından üç hafta sonra yapılacaktır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde bu ameliyat yapılamaz. Bu nedenle ameliyat öncesindeki birkaç hafta boyunca çocuğunuzun hasta çocuklarla temas etmemesine, üşütmemesine dikkat ediniz.

Lütfen aşağıdaki durumlarda hemen doktorunuz veya hastaneyi arayın ve acil olarak durum hakkında bilgi verin:

- Ameliyattan günler sonra ortaya çıkan geç kanamalar (bunlar kendini ağız veya burundan



ADENOİDEKTOMİ (GENİZ ETİ AMELİYATI) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

kanama veya öksürük kan gelmesi şeklinde belli eder).

- Şiddetli ağrı veya yüksek ateş .
- Narkoza veya kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak çocuğunuzun refleksleri geçici bir süre etkilenecektir. Bu nedenle çocuğunuz girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde evde istirahat etmesi gerekir.

Ameliyattan sonra 3-5 gün süre ile;

- Çocuğunuz aşırı bedensel faaliyet yapmamalı,
- Çok sıcak banyo yapılmamalı, (ılık duş alınabilir),
- Çocuğunuz birkaç gün süre ile yuvaya veya okula gitmemelidir. Gerekli ise doktorunuz size rapor verecektir.
- Ameliyatı takip eden günden sonra, yemek ve içmek konusunda hiçbir kısıtlama yoktur.
- Girişimden sonra altı hafta süre ile aşı yapılmamalıdır.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMEİNİN OLASI SONUÇLARI:

- Kronik (müzmin) orta kulak iltihabı ve sinüzitler
- Devamlı ağız solunumuna bağlı yüz ve çene kemiklerinde şekil bozuklukları
- Dişlerde çarpılmalar ve çene kapanma bozuklukları
- Geniz etinin büyüme ve gelişmeyi engellediği düşünülmese de rağmen bu konuda bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Ancak, geniz eti alındıktan sonra çocukların çoğunluğunda büyüme ve gelişmenin hızlandığı da bir gerçektir.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

Girişim genel anestezi (narkoz) altında yapılır. Narkoz girişimine ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi (narkoz) uzmanı doktor ile görüşebilirsiniz. Anesteziyi takiben ağız özel bir alet ile açıldıktan sonra yumuşak damağın ve küçük dilin üst kısmında bulunan büyümüş olan geniz eti, ağızdan sokulan bir kazıma aleti ile kazınarak çıkartılır. Takiben kanama kontrolü yapılır ve ameliyat sonlandırılır.

Yapılan ameliyatın kesin sonucu, bazı hastalarda hiçbir şekilde tam olarak önceden tahmin edilemez. Buna rağmen tecrübelerimize göre, burun solumasının genellikle çok çabuk düzeldiğini saptamaktayız. Eğer geniz etinin büyümesine bağlı başka sorunlar da varsa, bu hastalıkların (orta kulağın, sinüslerin, alt hava yollarının iltihabı gibi) iyileşmesi biraz uzun sürebilir. Hastaların az bir kısmında geniz eti tekrar büyüyebilir. Bu hastalarda bir süre sonra girişimin tekrarlanması gerekebilir.

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım 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



ADENOİDEKTOMİ (GENİZ ETİ AMELİYATI) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

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.

Benbu 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.