



**KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_164	02.01.2023	-	-	5

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:.....

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

.....
.....
.....

2. ÖNERİLEN TEDAVİ:

Doktorum ve ekibi bende hastalığı olduğunu ve endovasküler yöntemle tedavinin mümkün olduğunu açıkladı.

Bu durum beyine giden ana damarlardan birinde (karotid arter) oluşan darlığın giderilmesi anlamına gelmektedir. Bu daralma, saatler içinde ilerleyebilen hafif inmeye, geçici görme kusurlarına ve diğer belirtilere yol açabilir. Darlığın tedavi edilmemesi durumunda ağır önemli inme geçirme tehlikesi bulunmaktadır.

Genel veya lokal anestezi altında, damardaki darlığın bulunduğu boyun bölgesine bir kesi yapılarak arter çevre dokulardan dikkatlice temizlenmektedir. Hastanın durumuna ve cerrahın tercihinə göre arter açıldığı sırada beyne kan akışını sağlamak amacıyla bir bypass şantı konulabilmektedir.



**KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_164	02.01.2023	-	-	5

Darlığa yol açan aterom (kireçli ve damarı daraltan doku) temizlenmekte ve bazı durumlarda arter kesisinin yapıldığı bölgedeki çapı arttırmak amacıyla sentetik ya da hastanın kendi bacak damarından bir parka yama olarak kullanılabilir. Yara bölgesine geçici bir dren konulabilmekte ve daha sonra yara kapatılmaktadır.

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

Bu açıklamaların amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, ameliyatınız ve riskleri ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde aydınlatmaktır. Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. **Genel ya da özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.**

Kullanılan anestezi ilaçlarından herhangi biriyle ilgili yan etkilerle karşılaşabilirsiniz. Sık karşılaşılanlar baş dönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Karotid endarterektomi aşağıdaki risk ve kısıtlamalara sahiptir;

- Kalbinizdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirsiniz.
- Yara yerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik ile enfekte olabilir ve antibiyotik kullanmanız gerekebilir. Çoğunlukla kendiliğinden gerileyen hafif akıntı olabilir.
- Operasyonda genel anestezi kullanılırsa akciğerinizde enfeksiyona yatkınlık yaratan küçük alanlarda çökmeler olabilir ve bu durumda fizyoterapi ve antibiyotik gerekebilir. Solunum cihazından ayrılmanız gecikebilir, yoğun bakım süreniz uzayabilir.
- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatınızı kaybedebilirsiniz.
- Ameliyat sırasında veya sonrasında inme geçirebilirsiniz.
- Kan basıncında kısa süreli ilaç tedavisini gerektiren değişiklikler olabilir.
- Ameliyatın verdiği stres ve kullanılan ilaçların yan etkisi olarak mide kanaması geçirebilirsiniz.
- Ameliyattan sonra kanama olabilir ve kontrol amaçlı yeni bir ameliyat gerekebilir.
- Nadiren böbrek yetmezliği gelişebilir ve geçici ya da kalıcı diyalize ihtiyaç duyulabilir.
- Yara yeri ağrılı olabilir veya aynı taraftaki kulakta kısa süreli ağrı olabilir.
- Artere yakın seyreden sinirlerde bir miktar hasar olabilir ve sonrasında sesinizde boğukluk, yutmada güçlük, ağızda kayma veya dilde ağırlaşma fark edebilirsiniz. Bu durum haftalar içinde düzelebilir.



**KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_164	02.01.2023	-	-	5

- Skar dokusu üzerinde kulağınızın alt kısmında hissiz alanlar oluşabilir ve düzelmesi bir kaç ayı bulabilir.

Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, şişmansanız, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı değerleri varsa veya bilinen kalp rahatsızlığı varsa bu riskler daha yüksek oranla oluşabilir.

BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

.....

.....

.....

.....

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 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.



**KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_164	02.01.2023	-	-	5

HASTANIN BEYANI

- Cerrahim bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahim bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek, cerrahim tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- Ameliyatım esnasında ve sonrasında, hastalığımın tedavisi için gerekli olan çağdaş tıbbın kabul ettiği her türlü ilaç, serum, aşı ya da mekanik veya biyolojik protezler ile benzeri diğer tüm uygulamaları kabul ediyorum.
- Gerekli olduğu takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin görüştüğüm doktor.....'ın ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dokümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dokümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne ya da keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.
- Toplam 5 (beş) sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım.
- Bu kadar gerekliliğine rağmen ameliyata ait gelişebilecek bütün istenmeyen durumlar (komplikasyonlar) ve her türlü doku ya da organıma ait gelişebilecek kayıp (sakat kalım) ve hatta ölüm riskleri bana tek tek izah edildi.

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



**KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Toplam Sayfa Sayısı
ONM_164	02.01.2023	-	-	5

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);

Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

• Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.

• Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

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.