



## AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Anabilim Dalı / Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Ana adı:

Doğum tarihi:

TC Kimlik No:

Planlanan girişimin adı: Alt konka rezeksiyonu/koterizasyonu

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan "Konka hipertrofisi (burun eti irileşmesi)" teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (Alt konka rezeksiyonu/koterizasyonu) gerektiği kararına varılmıştır. Bu girişimden önce size önemli bilgileri vermek istiyoruz. Bu yazılı formdaki temel bilgiler, size yapılacak olan girişim ve buna bağlı komplikasyonları (girişim sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunları) açıklamada yardımcı olacaktır. Bundan sonra doktorunuz sizinle (veya çocuğunuzla) bütün soruların açıklanacağı özel bir görüşme yapacaktır. Bu görüşme sonrasında bu girişimin yapılıp yapılmayacağına, kendi serbest iradeniz ile karar vereceksiniz.

**Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler:**

Burun yan duvarında yer alan konkalar (burun eti) her insanda bulunan ancak değişik nedenlerden dolayı hacimleri arttığında burun tıkanıklığı ve burundan nefes almada güçlüğü 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.

**Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:**

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

**Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir):**

Bu hastalığın temel tedavisi cerrahidir. Lokal yada genel anestezi altında yapılan bu cerrahide alt konka (alt burun eti) hacmi cerrah müdahale ile azaltılır. Cerrahiye istemeyen hastalarda burun spreyleri kullanılarak burun etlerinin bir miktar küçülmesi sağlanabilir.



# Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği

Ortaya çıkabilecek 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)

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:

.....  
.....

**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:**

- 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.

## Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Lütfen ameliyat öncesi var olan teşhis edilmiş tüm hastalıklarınızı, aldığınız tüm ilaçlarınızı, varsa ailesel hastalıklarınızı, alerjik durumunuzu bildiriniz.

Tehlike kaynaklarını önceden tespit edebilmek için sizden aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz:

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı? Hayır  Evet
2. Özel bir nedeni olmadan vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya kan bağı olan akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı? Hayır  Evet
3. Siz/Çocuğunuz **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin, aspirin) kullanıyor musunuz/kullanıyor mu? Hayır  Evet   
Siz/Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu ? Hayır  Evet   
Kullanıyorsanız/Kullanıyorsa hangi ilacı? .....
4. **Alerji** (Örneğin, astım, saman nezlesi) veya **aşırı duyarlılık** (Örneğin, flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı? Hayır  Evet
5. **Kalp** veya **akciğer** (Örneğin, kalp hastası, kalp ritm bozukluğu, yüksek tansiyon, astım) var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz? Hayır  Evet
6. **Müzmin (kronik) bir hastalıktan** (Örneğin, göz tansiyonu, sara) yakınıyor musunuz ? Hayır  Evet
7. **Tiroit beziniz çok çalışıyor mu?** Hayır  Evet
8. **Yapay diş** taşıyor musunuz (sıkı yapıştırılmamış protez, diş köprüsü veya yapma diş) veya **sallanan dişleriniz** var mı? Hayır  Evet
9. Son altı hafta içinde **koruyucu aşı** yapıldı mı? Hayır  Evet
10. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin, karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı? Hayır  Evet
11. **Doğurganlık yaşındaki bayanlar için:** Hamile olabilir misiniz? Hayır  Evet



# Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

Hekimin kaşesi ve imzası

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:**

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yer/Tarih/Saat

Hastanın/ Veli/Vasi veya Yakınının imzası:

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı, soyadı:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:

Tarih: