

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Anabilim Dalı / Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Ana adı:

Doğum tarihi:

TC Kimlik No:

Planlanan girişimin adı: **BOYUN DİSEKSİYONU**

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

Boyun diseksiyonu yapılması için bir çok neden vardır. Bununla birlikte en sık baş boyun bölgesinde bilinen bir tümör varlığında şüpheli lenf nodlarının (lenf bezeleri) ve tümörün çıkarılması için yapılır. Genellikle baş boyun kanserlerinde diğer cerrahi yöntemler ile birlikte tümör evrelemesi veya tedavisi için yapılır. 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 ve yakınlarınızla bütün soruların açıklanacağı özel bir görüşme yapacaktır. Bu görüşme sonrasında bu girişimin yapılıp yapılmayacağına, **kendi serbest iradeniz** ile karar vereceksiniz.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler:

Boyun diseksiyonu boyunda var olan birtümör varlığında veya boyuna yayılma ihtimali olan tümör varlığında uygulanana bir işlemdir. Tedavi edici veya boyunda hastalık oluşmasını önleyici olarak yapılabilir. Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi yapılan işlemin belirli riskleri vardır ve bunlar size anlatılacaktır. Yine de diğer cerrahi işlemler gibi bu işlemden de önceden ön görülemeyecek sorunlar ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:

Bu işlem yapılmadığı takdirde boyunda var olan hastalık ilerleyebilir veya boyunda yeni bir hastalık ortaya çıkabilir. Her iki durumda da hastalığınızın tedavi oranı azalacaktır.

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

Baş boyun kanserlerinde boyundaki hastalığın temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi girişimi kabul etmeyen hastalar için radyoterapi (ışın tedavisi) ve/veya kemoterapi (ilaç tedavisi) verilebilir. Bu işlemlerin cerrahi girişim kadar başarılı olmadığı akılda tutulmalıdır.



Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği

Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- *Sık görülebilen yan etkiler:*
 - Yara izi
 - Hematom (ameliyat yerinde kan toplanması)
 - Boyunda hissizlik
- *Nadir görülebilen yan etkiler:*
 - Lenf kaçağı
 - Enfeksiyon
- *Çok nadir görülebilen yan etkiler:*
 - Sinir hasarı
 - Yutma sorunları

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 olduysanız en az 4 saat aç kalmalısınız
- Ameliyat sonrası dönemde pansumanlarınızı düzenli olarak yaptırmanız.
- Ameliyat sonrasında çıkarılan dokuların incelenmesi sonucu ek tedaviler almanız gerekebilir. Bu konuda size verilen önerileri yerine getirmelisiniz.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

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

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 ritim 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 kullanılabilceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Akılım 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: