

## AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Anabilim Dalı / Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Ana adı:

Doğum tarihi:

TC Kimlik No:

Planlanan girişimin adı: Timpanoplasti / Mastoidektomi (Kulaktaki hastalığın giderilmesi ya da kulak zarındaki deliğin tamiri; gerekirse ve mümkünse işitmenin iyileştirilmesi)

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

Şikayetleriniz doğrultusunda ve yapılan muayeneler sonrasında kulağınızda süregelen bir hastalık saptanmış olup bunun giderilmesi için ameliyat önerilmiş bulunmaktadır.

Bu girişimden önce size alışık olmadığınız bu durum ve çevre hakkında kendinizi emin hissetmeniz için önemli bilgileri vermek istiyoruz. Bu konuda biz, size/çocuğunuza, girişime özel başlıca ayrıntıları açıklamakla yükümlüyük. Bu yazılı formdaki temel bilgiler, size yapılacak olan girişimi, bu girişimin gerekliliğini, yapılmaması durumunda oluşacak olumsuzlukları ve bu girişime 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:**

Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.

**Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:**

Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olmayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları Menenjit, Beyin abseleri, Sinüs tromboflebiti (kafa için toplardamarların iltihabı), Yüz felci, Denge sorunları, İşitmenin tam kaybı, kulaktaki iltihabın orta kulaktan kafa içine ya da kafatası dışına yayılması gibi çoğu çok ciddi ya da hayati önemde olasılıklardır.

## Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak:

**Mastoidektomi-Timpanoplasti** : Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir.

Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile); gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile); gerekse de allogreft (satın alma yolu ile temin edilmiş suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir.

## Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- **Sık görülebilen yan etkiler:**  
Kalıcı ve geçici kulak çınlaması(tinnitus)veya baş dönmesi olabilir.
- **Nadir görülebilen yan etkiler:**  
İşitmenin düzelmemesi.Operasyon sırasında kulak zarındaki defektin başarılı tamirine rağmen işitmede düzelmeye olmayabilir  
Tad duyusu değişiklikleri olabilir  
Kulak içinde ve yara yerinde kanama ve enfeksiyon oluşabilir.  
Kulak zarının tamirinde başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.  
Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir
- **Çok nadir görülebilen yan etkiler:**  
Yüz siniri felci. (nadiren yüz kaslarının geçici veya kalıcı felci oluşabilir.)  
Kafa içi komplikasyonlar .(beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar zedelenebilir, enfeksiyon ve kanama gelişebilir.)  
Nadiren kısmi veya total işitme kaybı gelişebilir  
Kesi yerinde anormal skar dokusu

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

Sizin için önemli olan bütün soruları çekinmeden sorunuz. Doktorunuz sizinle açıklama görüşmesini yaptıktan sonra, tekrar tekrar soru sormanız mümkün değildir. Eğer sorunuz yoksa, biz sizin bilmek istediğiniz her şeyi anladığınızı düşünürüz. Aşağıda boş bırakılan bölüme, açıklama formunda belirtilmemiş olan tedavi ve kişisel risklerle ilgili diğer sorularınızı lütfen not ediniz. Açıklama görüşmesinde doktorunuz bunların üzerinde duracaktır.

## Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Lütfen ameliyattan en az bir hafta önce, eğer alıyorsanız aspirin gibi kanı sulandıran ilaçları almayı bırakınız. Müdahale saatinden 8 saat öncesinden itibaren hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Özel bir hastalığınız varsa sorulmadan doktorunuza bilgi veriniz.

Doktorunuzla son görüşmenizden bu yana kulağınızda akıntı başlamışsa ameliyattan en az 1 gün önce doktorunuza haber veriniz.

Ameliyata giderken üzerinizdeki tüm takı ve protezleri (saat, yüzük, kolye, bilezik, küpe, hareketli diş protezi, işitme cihazı, vb... gibi) çıkarıp bir yakınınıza teslim ediniz.

## Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

*Ameliyattan sonra 4 saat hiçbir şey yiyip içmeyiniz. Sonra aşırı ve ani yüklenmemek kaydıyla ve sıvı gıdaları tercih ederek beslenebilirsiniz.*

*Ameliyattan sonra bir süre baş dönmeniz olabilir. Eğer aşırı baş dönmesi ve kusmalar olursa doktorunuza haber yollayınız. Benzer şekilde, yüzünüzün mimik kaslarında hareket kusuru olduğu takdirde de doktorunuza haber veriniz.*

*Ameliyattan sonra sümürme, ıkınma, balon şişirme gibi basınç arttırıcı hareketlerden 1 ay süre ile kaçınınız.*

## 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. **Tiroid 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

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.
- Aklim 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: