

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Anabilim Dalı / Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Ana adı:

Doğum tarihi:

TC Kimlik No:

Planlanan girişimin adı: STAPEDEKTOMİ / STAPEDOTOMİ

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan "Otoskleroz – (Üzengi kemiğinde kireçlenme)" teşhisi nedeniyle, size cerrahi girişim (stapedotomi/stapedektomi) 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:

Bu hastalıkta işitme kaybını meydana getiren bozukluk; orta kulak içindeki işitmede görevi olan kemikçiklerden sonuncusu olan üzengi (stapes) kemiğinin kireçlenerek hareket kabiliyetini kaybetmesidir. Hastalığın ortaya çıkmasında ailevi yada hormonal etkenler bulunabilir. En önemli şikayet işitme azlığıdır ve bu işitme azlığı zaman içinde kötüleşebilir. Tedavisinde kireçlenen üzengi kemiği yerine vücuda uyumlu maddeden yapılmış bir protez yerleştirilir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:

Bu tedavi uygulanmadığı durumda şikayetlerinizin düzelmesi yada azalması beklenemez. Hatta hastalık ilerleyerek iç kulağın fonksiyonlarını da bozarak ameliyatla düzeltilemeyecek hasarları oluşturabilir.

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

Bu hastalığın temel tedavisi cerrahidir. Lokal yada genel anestezi altında yapılan bu cerrahide kireçlenen üzengi kemiği çıkarılarak bunun işlevini görecektir bir protez yerleştirilir. Cerrahiye istemeyen yada diğer kulağında tedavi edilemeyecek düzeyde işitme kaybı olan hastalarda işitmenin desteklenmesi amacıyla işitme cihazlarından faydalanılabilir.



Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği

Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- **Sık görülebilen yan etkiler:**
 - Geçici baş dönmeleri/dengesizlik
 - İşitme kaybının düzelmemesi
 - Tad duyusunda değişiklik
- **Nadir görülebilen yan etkiler:**
 - Çınlama (cerrahi öncesi mevcut olan çınlama düzelmeyebilir, geçici/kalıcı artabilir)
 - Kulak zarında zedelenme
 - Kulak içinde kanama, enfeksiyon
 - Konan protezin yerinden çıkması
- **Çok nadir görülebilen yan etkiler:**
 - Tam ve geri dönüşümsüz işitme kaybı (%0,5)
 - Yüz felci

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
- Ani baş hareketlerinden kaçınmalısınız (başdönmesini ortaya çıkarabilir/artırabilir)
- Kulağındaki tamponu ıslatmamalısınız
- Cerrahi sonrası 15 gün şehirlerarası yolculuk yapmamalısınız
- 2 ay uçağa binmemelisiniz
- Ömür boyu SCUBA (tüplü) dalışı yapmamalısınız

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 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 taktirde 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 taktirde 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: