

GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

PARATIROIDEKTOMİ AMELİYATLARI İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı
Hasta No:
Doğum Tarihi:

Hasta No: 1431045
D. Tarihi: 15.10.1974
Aile Hekimi: YAŞAR KARAKAYA
Doktor: Yrd. Doç. Dr. ÖZDEN KAYA
T.C. Kimlik No: 50326443388
Hasta Yatağı No: 06.12.2017 07:15:00

Cinsiyet:	<input checked="" type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Tanı:	
Planlanan Tedavi:	

GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın hastamız/hasta yakınımız,

Bu form hasta hakları mevzuatı uyarınca tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı, tedavi ve bakımı için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler ve bu işlemlerin olası riskleri hakkında bilgi sahibi olmanız için hazırlanmıştır. Bunların etkileri ve sonuçları birtakım genellikler arz etmekle birlikte, kişiden kişiye farklılıklar da gösterebilir veya aşağıda belirtilenlerle sınırlı kalmayabilir. Bu bağlamda, hekimlerimizin ve sağlık görevlilerimizin sorularına tam, doğru ve eksiksiz cevaplar verilmiş olması son derece önem taşır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra, önerilen tanı ve tedaviyi kabul etmek veya etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Bu formun amacı sizi endişelendirmek, korkutmak veya yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak değil, sağlığınıza ilgili konulara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmek ve onayınızı almaktır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size verilecektir. Aşağıda yer alan bilgilerin tamamı, modern tıp bilimi içinde ve kapsamında bütün dünyada kabul gören uygulamalar ve olası durumlardır.

AMELİYAT/GİRİŞİM ADI: Tiroidektomi Ameliyatları

☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraf ☐ Seviye

İŞLEMİ YAPAN HEKİM ADI/SOYADI:

Yrd. Doç. Dr. Yaşar Özden Kaya
Dış. B. 306
SOK. Tesis Kodu: 113410

İŞLEM HAKKINDA

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu nodüler guatr tanısı koyan doktorların tedavim için tiroidektomi ameliyatı önerdiler. Bu ameliyat esnasında tiroid bezi tek veya iki taraflı, kısmen veya gerekirse tamamen çıkarılacaktır. Bu işlem, boyun bölgesinden yaklaşık 4-6 cm'lik kesi ile tiroid bölgesine ulaşıp sinirleri ve paratiroid bezleri dikkatlice korunarak yapılmaya çalışılacaktır.

BEKLENEN FAYDALARI

Hastanın guatr hastalığından ve olası kanser potansiyeli taşıyan tiroid hastalığından kurtulması.

BAŞARI OLASILIĞI

Tüm tiroid dokusu çıkarılan ameliyattan başarı olasılığı %100'e yakındır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Yaklaşık 60-200 dakika sürebilir.

RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

Kanama, kalsiyum düşüklüğü, ses kısıklığı ve nefes borusuna geçici veya kalıcı delik açma olasılığı %1'dir. Hastalarda tiroid hormonu sağlayacak başka doku olmadığı için ömür boyu ilaç kullanmasını gerektirecek hormon yetersizliği oluşabilir.

TEDAVİ EDİLMEZ/UYGULAMA YAPILMAZ İSE SONUÇLARI

Hastalık ilerler ve ciddi solunum bazen kalbe yük oluşturabilir. Kanserleşme potansiyeli devam eder.

VARSA ALTERNATİFLERİ

Eğer hipertiroidi nedeniyle ameliyat ediliyorsa radyoaktif (atom tedavisi) bazı koşullar altında kullanılabilir. Nodül veya kanser için yapılan cerrahinin alternatifi yoktur.



Hastanemizde tıbbi ve tedavi uygulanacak hastalardan, 1219 Sayılı Tıp Meslekleri Uygulamalarına İlişkin Kanunun 70'inci maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği ve hekimlik meslek etiği kurallarına göre alınacak aydınlatılmış onam belgesidir.

GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ**ONAM:**

Hekimimden içinde bulunduğum/hastamın içinde bulunduğu tıbbi durum ile, bu durumun tanısına/tedavisine yönelik olarak yukarıda önerilen girişimler ve girişimsel tedaviler konusunda bilgi aldım. Bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri ayrıntı ile anlatıldı. Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımla/hastamın sağlığını tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu yöntemler yerine uygulanabilecek bir başka yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Kurumunuzun bir üniversite hastanesi olması nedeniyle girişimin/tedavinin öğretimden sorumlu bir hekim (profesör, doçent, yardımcı doçent, uzman) gözetim ve sorumluluğunda asistan/araştırma görevlisi tarafından da uygulanabileceğini, her koşulda girişimi/işlemi gerçekleştirecek hekimin yetedi deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum. Hekimimin planladığı tanı ve tedavi yöntemlerine ek olarak başka tıbbi uygulamalar gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyorum ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da isminin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum. Hastalığım/hastamın hastalığı nedeni ile önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı. Hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzaladım ve onayladım. BANA ANLATILMIŞTIR.

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu anladım" yazınız: _____

Hastanın;

Adı Soyadı _____

Tarih: 29.11.17

Saat: 14.40

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi: _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok ☐ Acil

☐ Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

HEKİM

Hasta tanısı, önerilen tedavi yönteminin türü, uygulama biçimi, başarı şansı ve süresi; hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığının yaratabileceği sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirildiği anlaşılmıştır.

Hekimin Adı Soyadı: _____

Tarih: 29.11.17

Saat: 14.40

İmzası: _____

Onamı alan kişi farklı ise, işlemi yapacak hekimin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

TEDAVİNİN REDDİ:

Teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanmasına **ZİN VERMİYORUM.**

Hastanın;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Hastanın yasal temsilcisinin;

Adı Soyadı _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

Yakınlık derecesi: _____

T.C. Kimlik No: _____

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni;

☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok ☐ Acil

☐ Diğer: _____

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercümanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Saat: _____

İmzası: _____

18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcisinden, bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetkisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.
Bu form, ulusal yasal mevzuat ve JCI (Joint Commission International) akreditasyon standartları esas alınarak hazırlanmıştır.