



**ANAL FİSSÜR AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.23
Yayın Tarihi	31.01.2017
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	1/3

Hastanın;

Adı Soyadı :
Baba Adı :
Anne Adı :
Doğum Tarihi :
T.C. Kimlik Numarası :

BARKOD

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi/girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1- ÖN TANI / TANI : ANAL FİSSÜR

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Makatta çatlak (Anal Fissür), genellikle uzun süreli kabızlığa bağlı olarak, makat kanalı içindeki istemsiz kasların spazmı sonucu gelişen bir yaradır. Anal fissürde, fissürün iyileşmesini sağlamak için istemsiz çalışan sfinkter kaslarının kesilerek devre dışı bırakılması ve makattaki istirahat halindeki basıncın azaltılması ve bu şekilde yaranın iyileştirilmesinin sağlanması amaçlanır. Bu ameliyat Genel/Bölgesel/Lokal anestezi altında makat derisinde yaklaşık 1-2 cm' lik bir keşiden sfinkter kasının kesilmesi tarzında yapılır.

2- ÖNERİLEN İŞLEM / TEDAVİ : Lateral İnternal Sfinkterotomi Ameliyatı

3- TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4- ANESTEZİ UYGULAMASI

Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından aydınlatılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5- KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI

Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da aydınlatılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6- ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMANIN / TEDAVİNİN RİSKLERİ:

Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonları sonucu 1000' de 1' den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

Ameliyat sırasında ve sonrasında derin ven sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

Ameliyatta makatı büzen kaslardan birisi kesilecektir. Bu nedenle %20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve/veya dışkı kaçırma, %1-2 dolaylarında da kalıcı kaçırma riski söz konusudur.

7- ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMADAN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR:

Hastalığın tedavi edilmesi.

8- ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMANIN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI:

Başarı olasılığı atta yatan sebebe, hastalığın ağırlığına ve tedaviye verdiği cevaba göre değişmektedir.

9- OLASI ALTERNATİF TIBBİ UYGULAMALAR / TEDAVİ – (LER)

Bu cerrahi işlemin yerini tutacak alternatif bir cerrahi yöntem bulunmamaktadır.

10- AMELİYAT SONRASI HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

- Ameliyat sonrası dönemde karında şişkinlik, dolgunluk, ağrı, sürekli dışkılama hissi ve dışkılama esnasında şiddetli ağrılar oluşma riski vardır.
- Yara bölgesinde %2-4 oranında kanama ve deride morluklar oluşabilir.
- Nadiren de olsa ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek kanamayı durdurmak için yeni bir ameliyat gerekebilir. (%0,05)
- Yara yerinde oluşacak ağrı kesiciler kullanmanız gerekebilir.
- Ameliyat sonrası 24 saat içinde idrar çıkarma güçlü oluşabilir ve bu nedenle idrar yapmanızı sağlamak için idrar yollarına sonda takma ihtiyacı doğabilir. (%5-15)
- Nadiren de olsa gaz tutma yeteneğinde %0,4, sıvı dışkı tutmada %0,8, katı dışkı kontrolünde %0,7 gibi olasılıklarla yetersizlik gelişme riski mevcuttur.
- Hastalığın tekrarlama riski %1-5' tir.
- Peri anal bölgede apseleşme gelişme riski vardır. Eğer apse gelişirse antibiyotik tedavisi almam ve/veya ek cerrahi müdahaleler yapılması gerekebilir.
- Ameliyat sonrası dönemde hemoroid hastalığı gelişme riski mevcuttur. (%0,4)

11- ÖNERİLEN TIBBİ UYGULAMAYI REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Bu işlemi reddettiğinizde hastalığınızın tedavisi mümkün olmayacaktır.

HEKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ:

.....

Hasta, Veli Veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim. İşlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimi, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazları kullanılmasının gerekebileceğini, bu cihazların/uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku/organların, bunların görüntülerinin veya doku/hücre kültürlerinin bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanması, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN;

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Tarih ve Saat :
İmzası :

HASTA YAKINININ YA DA VELİ/VASI YAKINININ

(Bu ikinci kişi hastane personeli ya da hastane personeli ile yakınlığı olan bir kimse olamaz)

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Tarih ve Saat :
İmzası :

HASTA BİLGİLENDİRMESİ YAPAN HEKİMİN

Kaşesi :
Tarih ve Saat :
İmza :

- Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.
- Çocuk hastalarda **HER İKİ EBEVEYNİN (ANNE ve BABANIN)** ikisinin de imzalaması ikisinin de imzalaması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR**. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde **TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR**.