MANİSA CELALBAYAR ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ

**NAZOALVEOLAR KİST EKSİZYONU AMELİYATI ve TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ**

**1. HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

Yapılan tetkikler neticesinde tarafınıza burun ön alt kısımdaki kistin gerekirse çevre dokularla birlikte çıkarılması, yapışıklığın açılması ameliyatı uygulanması planlanmıştır.

**2-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Burun ön alt kısmındaki kitlenin çıkartılması amaçlanmaktadır.

**3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

**4-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tarafınıza önerilen alternatif tedaviler ile ilgili olarak, söz konusu tedavi için hazırlanmış olan benzer formu talep etmenizi rica ederiz.

**5-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI**

**A. ANESTEZİ**

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz ile görüşünüz.

Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

**B. UYGULANACAK AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ**

**a)** Artmış göğüs enfeksiyonu riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.

**b)** Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.

**c)** Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.

**d)** İşlemden kaynaklanabilen ölüm.

**e)** Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

**f)** Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

**C. BU AMELİYATA AİT RİSKLER**

Kanama. Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan
kanamalar durdurmak için lokal anestezi ile burna tamponlama veya kanamanın sonlandırılması için başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu (damardan kan
verilmesi) gerekebilir.

- Enfeksiyon. Genellikle antibiyotiklerle tedavi edilebilir.
- Süreklilik gösteren veya tekrarlayan problemler (kist tekrarlayabilir)
- Dıştaki yaraların anormal iyileşmesi (anormal skar oluşumuna bağlı)
- Burun içindeki yapışıklıklar veya skar dokusu oluşumu durumunda ileride başka bir ameliyat gerektirebilir.
- Dudağın üst kısmında ve/veya üst ön dişlerde his kaybı
- Gerekli görüldüğü taktirde burun ön-alt kısmındaki dokularla birlikte üst diş etti kemiğinin de bir kısmı alınabilir.
- Gerekli görüldüğü takdirde diş çekimi yapılabilir.

**D. ÖNEMLİ RİSKLER VE KONU İLE İLGİLİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ**

Doktor, benim için önemli riskleri, problemleri ve komplikasyon gelişirse olabilecek sonuçları tarafıma anlatarak açıkladı.

**6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

1 saat ve 2 saat arasında değişmektedir.

**7-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

**A**ntibiyotik: Ürtiker (kurdeşen), yüzde, göz ve ağız çevresinde şişlik ,kaşıntı, ciltte kızarıklık ve döküntü, solunum sistemi problemleri (nefes darlığı, öksürük, göğüs sıkışması) toksik epidermal nekrolizis (hayatı tehdit eden cilt döküntüsü), anafilaksi (hayatı tehdit edecek derecede üst hava yolunun tıkanması, solunum durması, ciddi hipotansiyon).

- Lokal anestetik: Ağız çevresinde uyuşmalar, huzursuzluk-sersemlik hissi, metalik tat, bulantı, kusma, kulak çınlaması, nistagmus, tremor, konvülsiyon, solunum durması.

**Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda;**

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli. Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan kan gelmesi durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.

· 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/girişimden 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.

· Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

· İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Doktorlarım hastalığımın tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak tarafıma gerekli bilgileri verdi.
Doktorlarım hastalığımın tedavisi için aşağıda sunulan (sayfa 2) cerrahi/müdahalenin uygulanmasını önerdiler. Bu prosedürün bana sağlayacağı potansiyel yararlar ve bu prosedürün taşıdığı muhtemel riskler tarafıma açıklandı ve ben bunları anladım.
Önerilen prosedürün yapılması halinde oluşabilecek muhtemel riskleri anladım. Bu riskler bana açıklandı ve ben bunların önemini öğrendim. Bunlar aşağıda (sayfa 2) sunulmuştur.
Cerrahinin yapılacağı bölge (cerrahi alan) ve taraf bana açıklayıcı şekiller eşliğinde anlatıldı.
Bir cerrahi işlem sırasında doktorların ameliyat seyri ve başarısı ile ilişkili olarak bazı ek müdahaleler yapması gerektiği konusunda bilgilendirildim. Benim ameliyatım sırasında da herhangibir ek müdahale gerekmesi halinde, Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesinde çalışan doktorlarıma ve yardımcı personeline gerekli izni veriyorum.
Aşağıda sunulmuş olan cerrahi/müdahaleye ve genel, lokal veya sedasyon anestezisi uygulanmasına bağlı risklerin dışında bazı riskler bulunduğu konusunda bilgilendirildim. Bunların başlıcaları; kanama, enfeksiyon, diş kaybı, ağız, boğaz veya ses telleri hasarı, sinir veya göz hasarı, ilaç reaksiyonu, solunum problemleri, kardiak arrest, beklenmeyen riskler, kalıcı işgücü kaybı veya ölüm. Bu riskleri bilerek önerilen ve gerekli ek cerrahilerin yapılmasına rıza gösteriyorum. Bunların yanısıra doktorlarım veya anestezi hekimi tarafından gerekli olduğu düşünülerek kullanılacak tüm ilaç, anestetik veya sedasyon analjeziklerin uygulanmasını kabul ediyorum.
Önerilen cerrahiye alternatif olabilecek tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirildim. Önerilen cerrahinin yapılmasını tercih ediyor ve bunu kabul ediyorum.
İleri tanı ve buna bağlı tedavimin planlanması için uygulanacak cerrahi sırasında çıkarılan dokularımın saklanması, korunması, ve gerekli inceleme veya analizlerin yapılması konusunda Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesi doktorlarına izin veriyorum.
Hastalığımın tanı ve tedavisinde katkıda bulunacak tüm doktor, hemşire, teknisyen, sağlık personeli ve yardımcılarına izin veriyorum.
Tıp ve cerrahi pratiğinin kesinlikler içeren bir bilim olmadığını biliyorum. Önerilen cerrahi/müdahalenin başarı şansı konusunda bilgilendirildim, ancak cerrahi/müdahalemin başarısı konusunda söz veya garanti verilemeyeceğini biliyorum. Uygulanmasını kabul ettiğim bu cerrahi/müdahale için de şahsıma/yakınlarıma böyle bir söz veya garanti verilmemiştir

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

**Hastanın veya Yakınının**
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

**İŞLEMİ YAPAN (Hekim)**
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___