KAMERA YARDIMI İLE GENİZDEN VEYA GIRTLAKTAN PARÇA ALINMASI AMELİYATI (FİBER VE/VEYA RİJİT NAZO-FARENGO-LARENGO-ÖZOFAGOSKOPİ VE BİYOPSİ İNDİREKT LARENGOSKOPİ VE/VEYA NAZOFARENGOSKOPİ VE BİYOPSİ) ve TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ

1-HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME:

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda burun, yutak, gırtlak ya da yemek borusu bölgelerinizden birinde ya da birçoğunda olası bir hastalık açısından kontrol gerektiği ve gerekirse doku örneği alınabileceği kararına varılmıştır.
Bu işlem için planlanan ameliyatlar şunlardır:
FİBER VE/VEYA RİJİT NAZO-FARENGO-LARENGO-ÖZOFAGOSKOPİ VE BİYOPSİ
AMELİYATI (kıvrılabilen ve/veya sert optik araçlarla burun-yutak-gırtlak-yemek borusu bakısı ve gerekirse doku örneği alınması)
İNDİREKT LARENGOSKOPİ VE/VEYA NAZOFARENGOSKOPİ VE BİYOPSİ
AMELİYATI (açılı ayna ile gırtlak ve/veya geniz bakısı ve gerekirse doku örneği alınması) Bize başvurduğunuz şikâyetlerin kaynağının açığa çıkarılabilmesi için bu bölgelerin detaylı incelenmesi ve gerekirse doku örneği alınması amacı ile bu girişimin yapılması gerekmektedir. Bunun sonucunda bu bölgelerde normal dışı hiçbir bulgu bulunmayabilir ya da aksine bulgu bulunduğu gibi buradan doku örneği almak gerekebilir. Bu nedenle; sayılan bu bölgelerin gerekirse yüzeyel anestezi maddeleri ile uyuşturulması sonrasında ayrıntılı incelenmesi ve gerekirse doku örneği alınması amacı ile bu girişim yapılmaktadır. Doku örneği alındığı takdirde patolojik tetkike (mikroskopla incelenmeye) alınacak ve kesin sonuç 1-2 hafta içinde size bildirilecektir. Yapılan işlem ve çıkacak sonuca göre size ek bir tetkik veya tedavi gerekmeyebileceği gibi, başka tetkikler ve tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler de gerekli olabilir.

2-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Sayılan bölgelere yönelik olarak içi optik sistemli boru şeklinde
aletler, incelenecek bölgeye uygun yapı ve kalınlıkta olarak burun ve/veya ağız boşlukları yoluyla sokulacak ve geniz ve/veya yemek borunuza kadar ilerlenerek görsel olarak muayene edilecektir. Bu arada gerekli görüldüğü takdirde bazı doku örnekleri alınabilecektir. Bu işlem genelde ağrısız ya da çok az acıma ile gerçekleşmektedir.

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 İŞLEMLERİN GENEL RİSKLERİ

a) Artmış göğüs enfeksiyon 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 veya DVT). 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.
g)Nefes darlığı, kanama gibi nedenlerden dolayı boyuna kalıcı veya geçici delik açılması gerekebilir.

C.AMELİYATIN RİSKLERİ

Aşağıdaki bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır:

• **Sık görülebilen yan etkiler:** Burun içi, dişeti, dişler, bademcikler ve ağız içinde hafif yaralanmalar, burun ve boğazda yanma, acıma, kan gelmesi

• **Nadir görülebilen yan etkiler:** ses kalitesinde değişiklik veya kısıklık (geçici veya kalıcı), dilde uyuşukluk (genellikle geçici), tat duyusu değişikliği, yara iyileşmesi sorunu, kanama

• **Çok nadir görülebilen yan etkiler:** Nefes darlığı, havayolu tıkanıklığı, yutma zorluğu, yara iltihabı veya kalp-dolaşım sistemi reaksiyonları gibi genel tehlikeler, koldaki veya bacaktaki bir toplardamara serum takılması gibi her ameliyatta gerekli olan basit işlemler de bile çok ender de olsa gelişebilen sorunlar (damar iltihabı gibi), ses telleri veya akciğer iltihabı.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

30 dakika ile 1 saat arasında değişmektedir

7-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Antibiyotik: 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.

8-HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan ve burundan kan gelmesi, burundan sürekli şeffaf su benzeri akıntı durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi 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 :____/____/_____ ___/___