TİROİD BEZİNİN TAMAMININ VEYA BİR KISMININ ÇIKARTILMASI AMELİYATI (SUBTOTAL VEYA TOTAL TİROİDEKTOMİ) ve TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ

1. HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Guatr da denilen tiroid bezinizdeki şişlikler (nodul yada nodüller) nedeni ile tiroidektomi adı verilen bir operasyon geçireceksiniz. Bu ameliyatla tiroid bezinin tek veya iki taraflı kısmen veya tamamının çıkarılacaktır.

Tiroid bezi boynunuzun ön, alt tarafında yer alan ve tiroksin adı verilen tiroid hormonlarını üreten bir salgı bezidir. Bu hormon kan yolu ile tüm dokulara ulaşır ve vücutta metabolizmada denilen birçok kimyasal olayın hızını belirler. Bazen tiroid bezinde genellikle iyi huylu ya da daha nadir olarak kötü huylu nodul adı verilen şişlikler gelişir. Bu durumdan tiroid bezinizin bir kısmı ya da tamamı etkilenebilir. Boynun iki tarafında da simetrik olarak bulunan bu organın yarısının çıkarılması dahi çoğu hastada belirgin bir şekilde hormon eksikliğine yol açmaz ve çoğu hasta dışarıdan hormon almadan yaşantısını sürdürebilir. Ancak bazı hastalarda bezin tama yakını hastalıktan etkilendiği için tamamını ya da tama yakınını çıkartmak gerekmektedir. Bu durumda ise hastalar yaşamlarının geri kalan kısmında dışarıdan hormon tabletleri almak zorundadırlar.

2-İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Bu işlemle tiroid bezinin tamamının veya bir kısmının 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.

Guatr adı da verilen tiroid bezinizdeki şişliklerin (nodul yada nodüller) ameliyat edilmesindeki en önemli neden kanser şüphesi olmasıdır. Bu şüphe çoğu zaman iğne biopsileri ile giderilmeye çalışılır. Ancak şüphe devam ediyorsa o zaman operasyon kararı verilerek bu durumun teşhis ve tedavisi gerçekleştirilir.Ayrıca kanser olmadığı halde tiroitdeki bazı nodüller hızla büyümeye devam ederek kitle etkisi ile birtakım şikayetler oluşturabilirler.Bu durumda da doktorunuz ile görülerek operasyon kararı verilmesi sık uygulanan bir durumdur.

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.

C.AMELİYATIN RİSKLERİ:

Operasyonunuz her operasyonda olduğu gibi bazı genel ve özel riskler taşımaktadır. Bunların bir kısmı anesteziye bağlı olabileceği gibi, bir kısmı da operasyon sonrası oluşabilen kanama, enfeksiyon gibi problemlerdir ve %1 'den az oranda görülürler.

a) İz: Boynunuzun ön kısmında yara izi olabilir. Nadiren skar denilen bu izde kalınlaşmalar olabilir. Daha önceden geçirmiş olduğunuz bu tip cilt problemleriniz varsa hekiminizi önceden bilgilendiriniz.
b)Ses değişiklikleri: Rekürrent larengeal sinir (ses tellerinin hareketini sağlar) tek taraflı yaralanmasına bağlı kaba ses ve seste çabuk yorulma olabilir. Genellikle bu durum geçici olmakla birlikte, kalıcı olma ihtimali **%1**'den azdır.
c) Nefes/Solunum darlığı: Rekürrent larengeal sinir (ses tellerinin hareketini sağlar) iki taraflı yaralanmasına bağlı nefes/solunum darlığı gelişebilir. Bu durum ciddi bir sağlık durumu oluşturduğu için trakeotomi (boğazdan delik) açılması gerekebilir.
d) Düşük kalsiyum seviyeleri: Diğer risklere göre görülme ihtimali biraz daha fazladır. Bunun nedeni kandaki kalsiyumun operasyon sonrası kemiğe geçmesi ve/veya tiroide çok yakın olan paratiroid bezlerinin operasyon sırasında etkilenmesi ve fonksiyonlarının bozularak operasyon sonrası dönemde kan kalsiyumunda düşmesine neden olarak vücutta çeşitli bölgelerde uyuşma ve kasılmalara neden olmasıdır. Operasyonda paratiroid korunsa da normal olarak çalışmayabilir. Bu durum genellikle geçicidir. Ancak vakaların **%1** 'inden azında ömür boyu kalsiyum, vitamin D kullanmak gerekebilmektedir.
Yukarıda belirtilen potansiyel yan etkilerin ve sorunların nadir olduğunu vurgulamak isteriz. Ancak sizi uyarmadan böyle bir sorun gelişmesindense, sizi bilgilendirmenin en iyi yol olduğuna inanıyoruz.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

2-4 saat

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

Ameliyattan önceki gece saat 24:00 dan sonra yeme içmenin kesilmesi gerekmektedir. Buna engel bir durum varsa sorumlu hekimi ile iletişime geçmelidir.Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan ve burundan kan gelmesi, nefes darlığı, ses kalitesinde bozulma durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.

- 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 :____/____/_____ ___/___