

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırmaya veya reddetme hakkına sahipsiniz.

**İşlemden Beklenen Faydalar :** Planlanan girişim ile cilt, ciltaltı, kas, bağ ve kirişlerin bütünlüğünün sağlanması ve bu dokuların fonksiyonunu sürdürmek hedeflenmektedir. Açık yaralanmalarda; kötü-kirli dokular ve yabancı cisimler uzaklaştırılır, yara temizlenir ve uygunsa kapatılarak enfeksiyon ihtimali en aza indirilmeye çalışılır.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar :** yara yerinde devam eden ve ilerleyen enfeksiyon bulguları olabilir. Uzun yara organ kaybı ile sonuçlanabilir. Enfeksiyon devamında sistemik bulgular ortaya çıkabilir. Hastanın genel durumunda kötüleşmeye neden olabilir.

**Önerilen işlem :** Yumuşak doku onarımı: Açık yaralanmalarda cilt, cilt altı, kas kılıfları, bağ ve kirişler uygun debridman ve yara bölgesinin temizlenmesini takiben cerrahi olarak onarılabilir. Tam kopmalarda fonksiyonların geri kazanılması için cerrahi tedavi gerekebilir. Kopan bağ veya kirişe cerrahi bir kesi yardımı ile ulaşıp yaralanmış parça onarılabilir. Sinirler geç dönemde de onarılabilir (belirli bir süre sonra sinir fonksiyonları geri gelebilir).

**Debridman ve irrigasyon:** Özellikle açık yaralanmalarda enfeksiyon ihtimalini azaltmak için dolaşımı bozulmuş (ölü) dokular ve yabancı cisim ve kirlenmeler cerrahi olarak uzaklaştırılır (debridman). Bol steril sıvılarla yıkanır (irrigasyon)

**Travmatik uzuv kaybı ve güdük onarımı:** Yaralanma sonucu uzun kopması durumunda ilgili konsültasyonlar (diğer bölümlerle görüşülerek) sonucu tekrar yerine dikilmesi mümkün olmadığında, bölgeye debridman-irrigasyon uygulanarak kopan bölge kapatılır.

**Alternatifler:** Yapılan işlemler doktorunuz tarafından hastalığınıza en uygun görülen tedavi yöntemidir. Alternatifleri yoktur.

**Başarı oranı:** İşlemin başarı oranı, yapılan işlem ve hasta durumuna göre değişiklik göstermektedir.

**Tahmini Süre:** İşlemin tahmini süresi, yapılan işlem ve hasta durumuna göre değişiklik göstermektedir.

**Genel riskler ve komplikasyonlar:**

Ameliyata karar verirken aşağıda sıralanan riskleri ve komplikasyonları iyice anlamınız önemlidir.

Tüm cerrahi işlemlerde cilt bütünlüğü bozulduğu için gerekli bütün önlemler alınsa bile enfeksiyon gelişme riski mevcuttur. Onarılan cilt, cilt altı, kas, bağ ve kirişler aşırı zorlandığı takdirde ayrılabilir veya hareketsiz kalmaya bağlı yapışıklıklar oluşabilir.

**Kullanılacak ilaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri ve Dikkat Edilecek Hususlar**

Ameliyat sonrasında kullanılacak özellikli ilaç yoktur. Antibiyotik ve ağrı kesici doktorunuz tarafından önerildiği şekilde kullanınız. **Kanama zamanını uzatan ( kan sulandırıcı) ilaç kullanımı öykünüz varsa doktorunuza bilgi veriniz.**

**İşlem Öncesi ve Sonrası Dikkat Etmesi gereken Hususlar ile Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar** İşlem öncesi bilinen ek hastalıklarınız hakkında ve kullandığınız ilaçlarınız hakkında doktorunuza bilgi veriniz . işlem sonrası önerilen şekilde yara yeri pansumanlarınızı yapınız. Önerilerin dikkate alınmadığı durumlarda yara yerinin yer aldığı organ veya uzun kaybı ile sonuçlanabilir. Genel durumda kötüleşme ile sonuçlanabilir. Ameliyat sonrası yara iyileşmesini bozması nedeniyle **sigara içilmemelidir.**

**GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR** Daha önce bu girişimin yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

**GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR** Pansuman ve dikişlerin alınma zamanı ile ilgili doktorunuzun verdiği direktiflere uyunuz

**Hasta, veli veya vasiinin onam açıklaması:**

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 bilgilendirildi.

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.

Ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflarımın çekilmesini ve her türlü tıbbi verimin kimliğim gizli kalacak şekilde, bilimsel araştırma ve sunularda kullanılmasını kabul ediyorum.

- 
- 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.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- 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.

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 : \_\_/\_\_/\_\_\_\_