

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1344
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
	KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/1

PERİTONSİLLER APSE DRENAJİ AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Yöntem: Girişim lokal (yerel) anestezi altında yapılır. Anesteziyi takiben ağız açıldıktan sonra yumuşak damak bölgesinde absenin olduğu yere bistüri (neşter) ile kesi yapılarak abse içeriği boşaltılır.

Alternatifler: Medikal Tedavi, Enjektör ile seri abse aspirasyonları

Ameliyat Başarı oranı: Bu hastalığın tedavisinde öncelikle apse drene edilmelidir. Ortalama %22 oranında rekürrens (nüks) görülür.

Ameliyatın Riskleri: Operasyon esnasında yada sonrasında kanama olabilir. Şiddetli kanamalar; anormal seyreden bir damar varlığında veya bilinmeyen pıhtılaşma bozukluğunda görülebilir, gerektiğinde kanı durdurmak için boynun dış kısmından ameliyat yapılabilir. Dişleriniz zarar görebilir. Çene eklemi yakınmaları olabilir.

Genel riskler ve komplikasyonlar Hastalığın kendisine ve yapılan operasyona bağlı ağrı, yutma güçlüğü, hafif ses değişikliği ve burundan konuşma, tat almada hafif değişiklik, hafif ağız kokusu olabilir. Kan veya pü aspire edilirse pnömoni veya pulmoner apseye neden olabilir. Bahsedilen komplikasyonlar geliştiği takdirde hastanede kalma süresi uzayabilecektir.

Tedavi Olmazsanız: Peritonsiller apse yeterince tedavi edilmezse enfeksiyon çevre dokulara ve uzak bölgelere yayılabilir. Lokal olarak venöz tromboz (damar tıkanıklığı) ve flebite neden olabilir. Boyundaki büyük damarların erozyonuna bağlı spontan (kendiliğinden) kanamalar görülebilir. Supraglottik ödem nedeniyle trakeotomi (nefes borusuna delik açılması) gerekebilir. Endokardit (kalp zarı iltihabı), nefrit (böbrek iltihabı) ve beyin apsesine neden olabilir.

Onam Doğrulama: Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____