

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1457
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/3

PERİFERİK SİNİR AMELİYATI
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Yöntem :

Periferik sinir ameliyatı; ya sinir kesilerinde re-inervasyonu sağlamak, ya da periferik sinir kılıfı tümörlerini çıkarmak ve tekrar re-inervasyonunu sağlamak amacıyla yapılır. En sık periferik sinir yaralanması brakial pleksus, median, ulnar, siyatik, radial ve fibular sinirde görülmektedir.

Doktorumun, yaralanan sinirin tekrar çalışması için mikroskop altında birleştireceğini biliyorum. Doktorumdan yapılacak ameliyatın içeriği hakkında ayrıntılı bilgi aldım.

[Uygun olanı işaretleyin]

- ☐ Median sinir..... seviyesinde yaralanması
- ☐ Radial sinir..... seviyesinde yaralanması
- ☐ Ulnar sinir seviyesinde yaralanması
- ☐ Brakial sinir (-supraklavikular / -infraklavikular) bölgede yaralanması
- ☐ Siyatik sinir..... seviyesinde yaralanması
- ☐ Femoral sinir..... seviyesinde yaralanması
- ☐ Fibular sinir seviyesinde yaralanması
- ☐ sinirseviyesinde yaralanması

Doktorumun yaralanan (veya tümörlü) sinirimin tekrar çalışması için sinirin sağlam uçlarını karşı karşıya getirerek veya araya sinir greftleri (en sık sural sinir grefti) koyarak anastomoz yapacağını biliyor ve kabul ediyorum.

Alternatifler :

- Her türlü riski göze alıp ameliyat olmamak
Cerrahim tarafından bana açıklanan diğer olası tedavi yaklaşımlarını da dikkate aldım. Bu metodların avantaj ve dezavantajları da bana açıklandı.

Ameliyatın Riskleri :

Yapılacak uygulamanın faydaları yanında oluşabilecek risklerde bulunmaktadır. Bana yapılacak ameliyat esnasında vesonrasında oluşabilecek tüm riskleri kabul ediyorum. Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

- Anestezi riski : Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta hastaya verilen pozisyon nedeniyle) riskler vardır. Ayrıca, anestezinin her seklinde ve sedasyonda da ilaçlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ve zararlar bulunmaktadır.

- **Kanama:** Nadir olsa da ameliyatım sırasında veya ameliyat sonrasında ileri derecede olabilecek bir kanama riskinin varlığından haberdarım. Kanama durumunda ek bir tedaviye veya kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulabilir. Antienflamatuvar ilaçlar gibi medikasyonların kullanımı kanama riskini artırabilir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1457
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/3

- **Kan pıhtısı oluşumu:** Kan pıhtısı her çeşit ameliyat sonrası oluşabilir. Kanama bölgesinde oluşan pıhtılar kan akımını engelleyip ağrı, ödem, inflamasyon veya doku hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir.
- **Yakınmaların devam etmesi:** Girişim sonrası hastanın yakınmaları devam edebilir.
- **Ağrı yakınmasında artış:** Nadir de olsa ameliyat sonrasında ağrı yakınması artabilir.
- **İnfeksiyon:** Ameliyat yerindeki yüzeysel veya derin yapılarda infeksiyon meydana gelebilir
- **Nüks:** Ameliyat sonrasında, semptomlar tekrar ortaya çıkabilir ve ek ameliyat gerekebilir.

Önemli Hususlar:

Alerji/Kullanılan İlaçlar: Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

Tütün ve Tütün Mamülleri: Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

Tıbbi araştırma: Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/İzleyiciler: Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

Dokunun kullanımı: Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1457
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	3/3

Onam Doğrulama

Dr. _____, ve yardımcıları, Periferik Sinir Ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle Periferik Sinir Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum.

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 : _____

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim