

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1451
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/4

PERİFERİK SİNİR SIKIŞMASI AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem :

Sinirin çevre dokular tarafından basıya uğraması ağrı, uyuşukluk, güçsüzlük veya fonksiyon kaybına neden olabilir. Temel problem sinirin çevre doku tarafından basıya uğramasıdır. Bu durum yaralanma sonrası, hastalık sonrası veya tekrarlayan hareketlere bağlı olabilir. Doktorumdan yapılacak ameliyatımın içeriği hakkında ayrıntılı bilgi aldım:

Uygun olanı işaretleyin

- ☐ Median sinirin bilekte sıkışması
- ☐ Ulnar sinirin dirsekte sıkışması
- ☐ Ulnar sinirin bilekte sıkışması
- ☐ Anterior interosseus sinirin ön-kolda sıkışması
- ☐ Siniri te sıkışması

Cerrahi sırasında cerrahımın ilgili alanda cilt kesisi yaparak ilgili siniri serbestleştireceğini biliyor ve kabul ediyorum. Hedeflenen amacın bası altındaki siniri serbestleştirerek yakınmalarımı gidermek olduğunun bilincindeyim.

Alternatifler :

- Her türlü riski göze alıp ameliyat olmamak
- Ağrı kesici ilaç tedavisi
- Değişik enjeksiyonlar
- Atel

Cerrahim tarafından bana anlatılan diğer tedavi metodlarını da değerlendirdim. Bu alternatif metodların da avantaj ve dezavantajları bana anlatıldı

Ameliyatın Riskleri

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



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU

GN.FR.0000

YAYIN TARİHİ

00.00.0000

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

2/4

- **Anestezi riski :** Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta hastaya verilen pozisyon nedeniyle) riskler vardır. Ayrıca, anestezinin her sekinde ve sedasyonda da ilaçlara bağı 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. Antienflamatuar ilaçlar gibi medikasyonların kullanımı kanama riskini arttırabilir.
- **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.
- **Ameliyat sonrası ağrı :** Ameliyattan sonra ağrı ve diğer bulgular pek muhtemel olmasa da artabilir
- **Fonksiyon kaybı :** Girişim sonrası hastanın mevcut fonksiyonlarında azalma veya tamamen kayıp olabilir
- **Re-inervasyonun gerçekleşmemesi :** Periferik sinir anastomozlarında en sık karşılaşılan komplikasyon, beklenen süre (6-8ay) içinde re inervasyonun gerçekleşmemesidir. Bu durum sinire konulan dikişlerin yetersizliğine bağı olabileceği gibi tamir bölgesinin fazla gerilmesine veya travmadan sonra fazla gecikilmesine bağı olabilir. Beklenen süre içersinde reinervasyon bulgusu yoksa dikiş bölgesi eksplore edilmeli, gerekirse nöroliz ve/veya rezeksiyon ve anastomoz yapılır.
- **İnfeksiyon :** Ameliyat yerindeki yüzeysel veya derin yapılarda enfeksiyon 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



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.0000
	YAYIN TARİHİ	00.00.0000
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	3/4

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 etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/İzleyiciler : Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğini 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 etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Onam Doğrulama :

Dr. ve yardımcılarını, Periferik Sinir Sıkışması

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 Sıkışması Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BEYİN VE SİNİR CERRAHİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU

GN.FR.0000

YAYIN TARİHİ

00.00.0000

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

4/4

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 : _____