



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU

GN.FR.1322

YAYIN TARİHİ

06.08.2013

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

1/2

BURUN İÇİ KONKA ELEKTROKOTERİZASYONU AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem:

Bu hastalığın temel tedavisi cerrahidir. Lokal yada genel anestezi altında yapılan bu cerrahide alt konka (alt burun eti) hacmi cerrahi müdahale yada Radyofrekans cihazı ile azaltılır.

Alternatifler:

Cerrahiye istemeyen hastalarda burun spreyleri kullanılarak burun etlerinin bir miktar küçülmesi sağlanabilir.

Ameliyat Başarı oranı:

Alt konka hipertrofilerinin, RF uygulaması ile tedavisinde, erken dönemde, %86 - %100 arasında yüksek başarı oranları bildirilmiştir.

Ameliyatın Riskleri:

Sık görülebilen yan etkiler:

- ... Kanama
- ... Kabuklanma
- ... Sineşi (burun bölmesi ile konka arasında yapışıklık)

Nadir görülebilen yan etkiler:

- ... Enfeksiyon
- ... Atrofik Rinit (aşırı küçültmeye bağlı burun işlevinde bozukluk)

Çok nadir görülebilen yan etkiler:

- ... Konka nekrozu (işlem sonrası konkanın yapısının bozulması)

Genel riskler ve komplikasyonlar

- ... Kanama
- ... Enfeksiyon

Tedavi Olmazsanız:

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1322
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

Bu tedavi uygulanmadığı durumda şikayetlerinizin düzelmesi yada azalması beklenemez. Burun tıkanıklığı nedeniyle uykuda nefes durmaları görülebilir. Bu da ileride kalp sorunu yaşama riskinizi arttırır.

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 : _____