



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1351
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/2

TRAKEAÖZEFAGEAL FİSTÜL AÇILMASI AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Yöntem: Total larenjektomi operasyonu geçiren hastalarda soluk borusu açıklığı ile yemek borusu arasında fistül (geçiş) oluşturulmasıdır.

Alternatifler: Total larenjektomi operasyonu geçirmiş hastalarda ses protezi tatbiki için yapılı alternatifleri yoktur. Cerrahi dışında da bir takım yöntemler vardır (Elektrolarenks). Bunların kullanılması durumunda operasyona gerek yoktur.

Ameliyat Başarı oranı: % 80-90 arasındadır.

Ameliyatın Riskleri: Yemek borusu yaralanması

Genel riskler ve komplikasyonlar:

Kanama

Yemek borusu yırtılması

Soluk borusu - stoma yaralanması

Yara yeri enfeksiyonu

Bu operasyona bağlı olarak operasyonun kendi riskleri dışında size yapılacak olan anesteziye bağlı olarak bazı riskler ve komplikasyonlar mevcuttur. Özellikle genel anestezide yapılacak olan ilaçlara bağlı olarak alerji, solunum durması, kalple ilgili sorunlar, inme ve ölüm vb gibi çeşitli sorunlar meydana gelebilir. Lokal anestezi sonrası verilen lokal anestetik madde lokal yada sistemik toksisite yapabilir. Lokal anestetiklerin toksisite genellikle sinir sistemi ve kalp damar sistemi üzerinde görülür. Bu toksisite verilen ajana ,miktara ve sistemik dolaşıma geçen miktara ve sistamik dolaşıma geçen vazokonstriktör miktarına göre değişir.

Tedavi Olmazsanız: Ses protezi tatbiki mümkün değildir.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1351
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

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 : _____