

KAROTİS ENDARTEREKTOMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hastanın;

Dosya No:

Adı:

Soyadı:

Doğum tarihi:

ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum.....ve ekibi bende
..... durumu olması nedeniyle tarafa karotid endarterektomi
ameliyatı olmam gerektiğini açıkladı.

Bu durum beyine giden ana damarlardan birinde (karotid arter) oluşan darlığın giderilmesi anlamına gelmektedir. Bu daralma, saatler içinde ilerleyebilen hafif inme, geçici görme kusurlarına ve diğer belirtilere yol açabilir. Darlığın tedavi edilmemesi durumunda ağır-önemli inme geçirme tehlikesi bulunmaktadır.

Genel veya lokal anestezi altında, damardaki darlığın bulunduğu boyun bölgesine bir kesi yapılarak arter çevre dokulardan dikkatlice temizlenmektedir. Hastanın durumuna ve cerrahın tercihine göre arter açıldığı sırada beyne kan akışını sağlamak amacıyla bir bypass şantı konulabilmektedir.

Darlığa yol açan ateroskleroz (kireçli ve damarı daraltan doku) temizlenmekte ve bazı durumlarda arter kesisinin yapıldığı bölgedeki çapı arttırmak amacıyla sentetik yada hastanın kendi bacak damarından bir parça yama olarak kullanılabilir. Yara bölgesine geçici bir dren konulabilmekte ve daha sonra yara kapatılmaktadır.

RİSKLER

Bu açıklamaların amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, ameliyatınız ve riskleri ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir şekilde aydınlatmaktır.

Bunlar sık görülen risklerdir. Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. **Genel yada özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.**

Bu riskler herhangi bir anestetikle olabilir. Kullanılan ilaçlardan herhangi biriyle ilgili yan etkilerle karşılaşabilirsiniz. Sık karşılaşılanlar başdönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Karotid endarterektomisi aşağıdaki risk ve kısıtlamalara sahiptir;

- Kalbinizdeki zorlanmaya bağlı olarak kalp krizi geçirebilirsiniz.
- Yara yerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik ile enfekte olabilir ve antibiyotik kullanmanız gerekebilir. Çoğunlukla kendiliğinden gerileyen hafif akıntı olabilir.
- Operasyonda genel anestezi kullanılırsa akciğerinizde enfeksiyona yatkınlık yaratan küçük alanlarda çökmeler olabilir ve bu durumda fizyoterapi ve antibiyotik gerekebilir. Solunum cihazından ayrılmanız gecikebilir, yoğun bakım süreniz uzayabilir.

- Çok küçük bir olasılıkla ameliyatta hayatınızı kaybedebilirsiniz.
- Ameliyat sırasında veya sonrasında inme geçirebilirsiniz.
- Kan basıncında kısa süreli ilaç tedavisini gerektiren değişiklikler olabilir.
- Ameliyatın verdiği stress ve kullanılan ilaçların yan etkisi olarak mide kanaması geçirebilirsiniz.
- Ameliyattan sonra kanama olabilir ve kontrol amaçlı yeni bir ameliyat gerekebilir.
- Nadiren böbrek yetmezliği gelişebilir ve geçici yada kalıcı diyalize ihtiyaç duyulabilir.
- Yara yeri ağrılı olabilir veya aynı taraftaki kulakta kısa süreli ağrı olabilir.
- Artere yakın seyreden sinirlerde bir miktar hasar olabilir ve sonrasında sesinizde boğukluk, yutmada güçlük, ağızda kayma veya dilde ağırlaşma farkedebilirsiniz. Bu durum haftalar içinde düzelebilir.
- Skar dokusu üzerinde kulağınızın alt kısmında hissiz alanlar oluşabilir ve düzelmesi birkaç ayı bulabilir.

Eğer sigara içiyorsanız, kronik akciğer rahatsızlığınız varsa, şişmansanız, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı değerleri varsa veya bilinen kalp rahatsızlığı varsa bu riskler daha yüksek oranla oluşabilir.

BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

.....

.....

.....

.....

HASTANIN BEYANI

- Cerrahim bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahim bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahim tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- Gerektiği takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin görüştüğüm doktor.....'ın ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.
- Toplam 3(üç) sayfadan oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım.

HASTANIN ADI**TARİH****HASTANIN İMZASI**

VEKALET VEREN KİŞİNİN BEYANI**(HASTA ONAM VERMEYE UYGUN DEĞİL İSE)**

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi, sonuçları ve riskleri hakkındaki gerekli açıklamaları okudum ve anladım.
- Hastam onam vermeye uygun durumda olmadığından ameliyatın yapılmasını vekaleten kabul ediyorum.

VEKALET VEREN KİŞİNİN ADI**TARİH****IMZASI**

DOKTORUN BEYANI

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

DOKTORUN ADI**TARİH****DOKTORUN İMZASI**

ŞAHİDİN BEYANI (Tercihen hasta yakını)-Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.**ŞAHİDİN ADI-****TARİH****ŞAHİDİN İMZASI**