

**LAPAROTOMİ, TOTAL, SUBTOTAL
GASTREKTOMİ ÖZOFAGO-JEJUNOSTOMİ/
GASTRO-JEJUNOSTOMİ BİLGİLENDİRME VE
ONAM FORMU**

Hasta No :
Adı Soyadı :
Cinsiyeti : E ☐ K ☐
Doğum Tarihi :
Bölüm :
Tarih :

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;
Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.
Sizden okuyup, anlamamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :
PLANLANAN TEDAVİ :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Karından yapılan bir kesiyle midenin bir kısmı veya tamamı çıkarılacaktır. Bunu takiben yemek borusu ile veya kalan mide ile barsağın kesilen uçları stapler denilen bir alet veya dikişlerle uç uca birleştirilmektedir. Ameliyat tamamlandıktan sonra karın kesisi dikiş veya cilt stapleri ile kapatılır.

ALTERNATİF TEDAVİLER

İŞLEME AİT KOMPLİKASYONLAR

Genel Komplikasyonlar :

Artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir.

Kalpте zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.

İşlemden kaynaklanabilen ölüm.

Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

İşleme Ait Komplikasyonlar :

Ameliyat sonrası karın içerisine ya da dışarıya kanama olabilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.

Ameliyat sonrası karın içinde, akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında, yarada iltihaplar gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler. Olası enfeksiyonlara karşı antibiyotik uygulanacaktır ancak bu uygulamanın enfeksiyonu riskini sıfıra indirmesi tıbben imkansızdır.

Ameliyatta birbirine ağızlaştırılan mide ve bağırsak bölümleri arasındaki bağlantı kendiliğinden açılabilir ve peritonit ve/veya fistüllere yol açabilir. Bu durum hayati tehlike yaratabilir, tekrar ameliyat gerektirebilir, yoğun bakım tedavisi gerektirebilir ve ölümle sonuçlanabilir.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Ameliyat sırasında komşu veya uzak organ yaralanmaları olabilir.

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta İmza Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi İmza Tarih/ Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor İmza Tarih/ Saat
Adı Soyadı :.....

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın İmza Tarih/ Saat
Adı Soyadı (el yazısı ile) :

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta İlişkileri Bölümü'ne, geceleri ise Gece Müdürlüğü'ne başvurabilirsiniz.

*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.