

**ANAL EKSPLOASYON VE LATERAL
İNTERNALSFİNKTEROTOMİ
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 aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.
Sizden okuyup, anladığınızı 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

Makat çıkışındaki çatlağın iyileşmesi için makatın hemen kenarından yapılan çok küçük bir kesi ile iç sfinkter kası kesilir. Büyük tuvalet tutmaya yarayan dış sfinkter kasına dokunulmaz.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Kronik anal fissür hastalarında lateral iç sfinktere Botox enjeksiyonu yapılabilmektedir. Bu işlem ile cerrahi yöntemde kesilen internal sfinkter geçici olarak felce uğratılarak çatlağın iyileşmesi beklenmektedir.

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.

Kalpte 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 :

Ameliyatta makat çevresindeki sorun ortaya konulacak ve uygun tedavi belirlenerek gerçekleştirilecektir. Bu müdahaleler sonrasında en sık rastlanan sorun, gaz ve/veya dışkının tam olarak kontrol edilememesi ve zaman zaman kaçırılmasıdır.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Ameliyat sonrası kalıcı ve ciddi kaçırma riski % 5'in altındadır. Böyle bir sorun oluşmaması için gereken yöntemler uygulanacaktır ancak % 100 garantili bir yöntem mevcut değildir.

Ameliyat sonrası idrar tutukluğu olabilir ve sonda uygulanması gerekebilir.

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 kayb olduğunda 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.