

Hasta No:

Ad-Soyad:

Cinsiyet: ☐K ☐E

Doğum Tarihi:/...../.....

Bölüm:

Tarih:/...../.....

SAFRA YOLLARI İLE İLGİLİ OPERASYONLAR BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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

Genel Bilgilendirme

Genel anestezi altında karın ön duvarı açılarak operasyon ile hastalıklı safra yolunun parçası, bölümü (segment rezeksiyonu) veya tamamı karaciğerin bir kısmı veya büyük bir bölümü ile birlikte, ayrıca gerekliliği halinde safra kesesi ve bir kısım yada tamamen safra yolları, çevresindeki yağlı zarlar ve lenf düğümleri çıkarılacaktır. Açıkta kalan safra yolları ile ince bağırsaklar arasında yeni yollar oluşturmak gerekli olabilmektedir. Günümüzde bu operasyonlar daha çok safra yollarının kötü huylu hastalıkları (kanseri) için uygulanmakta olmakla birlikte safra yollarının iyi huylu darlıkları başta olmak üzere bazı özel durumlarda hekimin hastaya nedeninin açıklaması koşuluyla ve bazı yaralanmalarda da uygulanmaktadır.

Genel Komplikasyonlar

- Genel anestezi (Narkoz) alan hastalarda artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
- Özellikle uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, şişmanlık problemi olanlar ve kanın pıhtılaşma şansını arttıran ilaç kullananlarda ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir.
- Kalpde zorlanmaya bağlı kalp krizi
- Merkezi sisir sistemi ile ilgili sorunlar ve 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.
- Şeker hastalığı ve hipertansiyon gibi önceden bilinen sistemik hastalığı olan hastalarda bu problemlere bağlı oluşabilecek ataklar ve problemler.
- Kullanılan değişik kimyasal maddelere karşı gelişen organ hasarları ve allerjik reaksiyonlara bağlı yoğun bakımda takip edilme ve hatta ölüm riski mevcuttur.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Çok erken safhalarda endoskopik veya radyolojik yöntemler, kimyasal maddelerin enjeksiyonu veya özel ses dalgaları yayan aletlerle kitlelerin yakılarak tedavisi, kanser dışı sorunlar için ilaç tedavileri ve kanserin ileri evresinde cerrahi ile birlikte veya bağımsız olarak kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilir.

İŞLEME AİT KOMPLİKASYONLAR

Ameliyat sırasında karın içinde veya kaslar ile cilt bölgesinde kanama olabilir ve kan birikimine bağlı hematoma denilen kan pıhtısının toplanması gelişebilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.

Ameliyat sonrası karın içinde ve/veya yarada iltihap gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler. Ayrıca idrar yollarında ve solunum sisteminde de ciddi enfeksiyonların gelişme şansı mevcuttur.

Ameliyatta mide, pankreas, oniki parmak bağırsacı, ince ve kalın bağırsak, karaciğer, safra kesesi ve yolları, dalak, böbrek, mesane ve büyük damarlar gibi organ yaralanmaları olabilir ve bu yaralanmalar hayati tehlike taşıdığından ek müdahaleler gerektirebilir.

Operasyon sırasında saptanabilecek ek sorunlar için hastanın yarar görmesi ve operasyon riskini çok arttırmaması durumunda bu sorunlara yönelik de cerrahi müdahale gerçekleştirilebilmektedir. Bu durumda genellikle operasyon esnasında hasta yakınlarına bilgi verilmektedir.

Mide, yemek borusu ve bağırsaklar arasında yapılan yeni yollar ve dikişlerdeki sorunlara bağlı kaçaklar, enfeksiyon, operasyon gerekliliği ve hatta ölüm riski ortaya çıkabilir.

Yapışıklıklar ve kimyasal nedenlere bağlı bağırsak hareket bozuklukları ve bağırsak tıkanmaları gelişebilir. Kusmalar ortaya çıkabilir ve hastaneye yatış hatta cerrahi tedavi gerekebilir.

Hazımsızlık, sindirim problemleri kansızlık ve destek beslenme tedavilerine ihtiyaç olabilir

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Operasyon izinde kozmetik olarak görüntü sorunları, operasyon yerinde yeni bir operasyon gerektiren fıtıklaşma, ve ameliyat bölgesinde kronik ağrılar oluşabilmektedir.

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.