

KOD	YAYINTARİH	REVİZYONTARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA
HB.RB.06	01.03.2017	----	0	Sayfa 1 / 2

Özel Ruha Academia Hospital Hastanesi KBB Hastalıkları Kliniği

Hastanın Adı Soyadı:

TC No:

Doğum Tarihi:

DİL BAĞI PLASTİSİ AMELİYATI:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI ve AMACI:

Dil hareketlerine serbestlik sağlayan bir girişimdir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ:

Dilin hareketlerini kısıtlayan dil altındaki bağın kısalığı durumudur. Özellikle bazı harflerin çıkarılması sorun olabilir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR:

Bu işlemin yapılmaması konuşma bozukluğuna ve dil hareketlerinde kısıtlılığa sebep olabilir.

YAN ETKİLER:

Tüm cerrahi işlemlerde cilt bütünlüğü bozulduğu için gerekli bütün önlemler alınsa bile enfeksiyon gelişme riski mevcuttur. Ameliyat sonrası kanama olabilir. Yapışık olan bölge tekrar yapışabilir. Onarılan cilt, cilt altı, kas, bağ ve kirişler aşırı zorlandığı takdirde ayrılabilir veya hareketsiz kalmaya bağlı yapışıklıklar oluşabilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR:

Daha önce bu girişimin yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR:

Pansuman ve dikişlerin alınma zamanı ile ilgili doktorunuzun verdiği direktiflere uyunuz.

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.

Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.

Tedavi / girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.

Tanı / tedavi / girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.

Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.

Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

KOD	YAYINTARİH	REVİZYONTARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA
HB.RB.06	01.03.2017	---	0	Sayfa 2 / 2

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

.....
.....

Hastanın/Veli/Vasi/Yakınının(yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:

Hekimin adı, soyadı ve imzası:

Şahidin adı, soyadı ve imzası:

Yer/Tarih/Saat :

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır. Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır. Yazılı olarak kaldırılma talebi olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman):

Adı, soyadı:

TC No:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

Tarih:

İmza: