

TEŞHİS VE TEDAVİ İŞLEMLERİ AYRINTILI ONAY BELGESİ*

OMUZ ARTROSKOPİSİ

Sayın hasta / hasta vekili / kanuni temsilcisi,

Hastanızın sağlık durumu ve size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar, risk ve alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz!

Okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, sizi bilgilendirerek bu uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi belirlemek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

**Bu onay formu toplam 4 sayfadan oluşmaktadır. İşbu belge, 1219 sayılı Kanununun 70. ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 26. maddeleri uyarınca 3 nüsha olarak düzenlenmiş, bir nüshası hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.*

1. Ben _____, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, hasta _____'ın başvuru sebebi olan yakınmalarını değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere,

_____,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğini hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

2. Doktorlar bana, _____

şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığımın olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğu, nedenleri, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızamın olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum.

3. İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyorum; idrak, rıza ve talep ediyorum.

4. Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanlara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlarda halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyorum ve onaylıyorum.

5. Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyeceğini; bu başvuruda bulunmamıza sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğumuz veya olmadığımız her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

6. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik Rezonans, vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerjili, kısa ve uzun dalgalı ışınımına maruz kalabileceğimi, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik yada uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi

dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyorum, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

7. Uygulamaların tamamı yada bir parçası olarak kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken yada geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyorum; ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

8. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurilik anestezisi ya da genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun yada sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümü içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyorum ve onaylıyorum.

9. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ ya da doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatlara gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

10. Teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem), sara krizi, geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu veya ölüm gibi olaylarla karşılaşılabilen bize açık ve anlayabileceğimiz şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu; ameliyat ya da iğne yerinden beyin suyu gelmesi; baş ağrısı veya uzun

sürekli/kronik ağrı; ses teli felci sonucu geçici veya kalıcı ses kaybı; yüz, kaş, diş, göz gibi organlar ve işitme, yutkunma, ve görme, idrar veya büyük abdest kontrolü gibi işlevlerle ilgili geçici veya kalıcı fonksiyon kayıpları; kişilikle ilgili değişiklikler; bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyorum.

11. Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkımız olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

12. Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, bana uygulanacak

girişimiyle ilgili olarak aşağıda verilen ayrıntılı bilgi açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimizi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

i. Önerilen tedavinin içeriği,

Yapılacak tedavi; hastalık tanısı konulan omuz eklemine ve çevresindeki yapılara, küçük kesilerden, kamera ve çeşitli cerrahi aletlerle girilerek, tanı koyucu, tamir edici veya hastalıklı dokuyu temizlemek/çıkarmak için yapılacak olan omuz artroskopisi adı verilen işlemdir. Ameliyat sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon görmek gerekebilir ve bu süreç de ameliyatın başarısını etkiler.

ii. Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı,

Tedavinin amacı hastanın omuz ve çevre yapıları ile ilişkili şikayetlerini (hareket kısıtlılığı, ağrı, fonksiyon kaybı gibi) ortadan kaldırmak ve omuz eklemine daha kullanılabilir hale getirmektir.

iii. Önerilen tedavinin avantajları ve riskleri,

Günümüzde uygulanan her tedavi yönteminde (cerrahi veya cerrahi olmayan) olduğu gibi bu yöntemin de hastaya getirebileceği bazı avantajlar ve tedaviye özel bir takım riskleri bulunur. Cerrahi aletler ameliyat sırasında kırılabilir, ekleme zarar verebilir veya kapalı cerrahiden açık cerrahiye geçmek gerekebilir. Omuzda enfeksiyon (iltihap) düşük ihtimalli olsa da görülebilir. Genellikle geçici olsa da omuz çevresinde aşırı şişlik oluşabilir. Bu şişlik veya bazen cerrahi

sırasında çok nadiren de olsa, sinir basısı veya harabiyeti nedeniyle, bazı sinirlerin geçici veya kalıcı olarak zedelenmesine yol açabilir. Geçici veya nadiren kalıcı olarak altta yatan nedene de bağımlı olmak kaydıyla, ağrı ve bulgular sürebilir. Yaraların iyileşmesi bazı hastalarda farklılık gösterir ve giriş kesileri çevresinde sertlik, kızarıklık ve kötü görüntülü iyileşmiş yara dokusu ortaya çıkabilir. Özellikle şişman hastalarda, yara iltihabı, akciğer iltihabı, kalp ve akciğer problemleriyle daha sık olarak karşılaşmaktadır. Keza sigara alışkanlığı olan hastalarda kalp-akciğer, yara iyileşmesi gibi konularda daha fazla riskle karşı karşıyadır. Ameliyat sonrası dönemde görülmesi gerekebilecek fizik ve tedavi rehabilitasyon da tedavinin başarısını etkileyecektir.

Avantajları:

- Az bir ihtimalle açık cerrahiye dönülme riski olsa da artroskopik cerrahi, daha az riskli, iyileşme süreci daha kısa olan ve kozmetik açıdan daha kabul eldir bir görünüme yol açan bir cerrahidir.
- Omuzun pek çok yapısı kapalı olarak görüntülenebilmekte ve tedavi edilebilmektedir.

Riskleri:

- Sinir harabiyetine bağlı duyu veya güç kaybı,
- Cerrahi sırasında cerrahi aletlerin kırılması,
- Omuzda yeni bir cerrahi ve/veya uzun süreli ilaç kullanılmasını gerektiren iltihap,
- Omuz çevresinde aşırı şişlik
- Altta yatan nedene bağlı veya bağımsız ağrı ve bulguların sürmesi
- Omuzda sertlik oluşarak hareket kaybının oluşması ve yeni müdahaleler gerektirmesi
- Cerrahiye anormal bir tepki ile artan ağrı ve fonksiyon kaybı
- Cerrahi kesiler çevresinde his kaybı, renk değişikliği ve ağrı
- Anormal yara iyileşmesi tepkisi ile kalınlaşmış ve kötü görümlü yara

- o Şişman ve/veya sigara içen hastalarda artmış, enfeksiyon, kalp-akciğer problemleriyle karşılaşma veya yaranın geç iyileşmesi
- iv. **Önerilen tedavinin varsa alternatifleri,**
Omuzla açık cerrahi tedavi yöntemleri yapılabilir veya cerrahi dışı ilaç ve fizik tedavi rehabilitasyon uygulamaları tercih edilebilir.
- v. **Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları,**
Hastalığın evresi, tipi, ortaya çıkış süresi uygulanan tedavinin sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Hangi evrede hangi tedavinin seçileceğine hastanın yaşına, beklentilerine, şikâyetlerine ve klinik olarak durumuna bakılarak karar verilir. Genelde yüksek başarı oranı bulunmakla beraber hastalığın tekrarlaması veya ilerlemesi görülebilir.
- vi. **Tedavinin rededilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar,**
Hastalık ilerledikçe uygulanacak tedaviler daha karmaşık hale gelir ve başarı şansları düşebilir. Ancak omuz hastalıklarının hangi kriterlere göre ve ne hızda ilerlediği, hastalığa ve hastaya göre değişebilmektedir.
- vii. **İyileştikten sonra beklenen büyük problemler ve normal yaşamıma ve günlük aktivitelere dönmem için gerekli olan süre,**
Ameliyattan sonra bir süre omuz-kol askısı veya benzeri tespitlerin kullanılması gerekebilir. Mümkün olduğu kadar erken harekete başlanması hedeflense de başlangıç aşamasında kontrollü pasif hareketler ancak tercih edilecektir. Bunların çoğu ameliyat sonrasında ameliyatı gerçekleştiren ekip tarafından belirlenecek ve netleşecektir.
- viii. **Ameliyatınızı Dr. Tahsin Beyzadeoğlu yapacaktır ve ameliyat sonrasında fizyoterapi görmemiz gerekebilecektir. Bu sürece (fizik tedavi) uyum gösterememeniz halinde tedaviniz eksik kalacağından iyileşmeniz de tam olmayacaktır.**
- ix. **Ameliyat sonrası kullanılabilecek olan kan sulandırıcı ilaçlarla, ağrı kesicilerin pek çok sistemik etkisi yanında kanamayı arttırma, yeni kanama yaratma riskleri vardır. Ama bu ilaçlar sizin başka riskli durumlardan korunmanız ve ağrınızın kesilmesi için verilebilecektir.**
- x. **Tedavi sonrası sağlığım için istenilen yaşam tarzı ve evde bakım şekli,**
Ameliyat sonrası omuz-kol askısı veya benzeri tespit kullanmanız istenebilir. Hemen veya belirli bir süreç sonunda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon'a başlanması gerekebilir veya sadece ev içi öneri-egzersizlerle yetinilebilir. Aktivite düzeyiniz ve normal hayata dönüş süreciniz yapılan müdahale çeşitliliğine göre farklılık gösterecektir.
- xi. **Gerektiğinde yeniden aynı konuda tıbbi yardıma nasıl**

ulaşılacağı. Ameliyat sonrası en ufak şikayetinizde ameliyat olduğunuz hastanenin Ortopedi ve Travmatoloji Bölümünden sizle ilgilenen hekime veya hastanenin acil servisine veya Dr. Tahsin Beyzadeoğlu'nun muayenehanesine ve asistanlarına (0216 360 50 60 - 360 51 52 ve 0532 172 71 34) veya doğrudan Dr. Tahsin Beyzadeoğlu'na ulaşip yardım isteyebilirsiniz.

13.
 - i. **Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi.**
 - ii. **Hekimim sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.**
 - iii. **Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.**
 - iv. **Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.**
 - v. **Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.**
 - vi. **Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.**
 - vii. **Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.**
 - viii. **Sorumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.**
 - ix. **Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.**
 - x. **"Bilgilendirilmiş Rıza Formu"nun ne anlama geldiğini biliyorum.**
 - xi. **İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.**
 - xii. **Kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.**
 - xiii. **Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.**
 - xiv. **İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.**

14. Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak aşağıdaki belgede yazılı olanlar ve sorularına aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi

özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

TARİH:

SAAT:

ONAY VERENLERİN İMZALARI

HASTAYLA İLİŞKİSİ:

ADI SOYADI

ADRESİ

İMZA

ŞAHİT:

ADI SOYADI

ADRESİ

İMZA

DOKTORUN BİLDİRİMİ

Hastanın durumunu ve tedavi ihtiyacını, uygun tedavi seçeneklerini ve risklerini hastaya açıkladım. Bahsedilen risklerin gerçekleşmesi durumunda olabilecek sonuçları ve bu hastaya özel gelişebilecek riskleri ebevymlere / kanuni temsilcisine açıkladım. Hastaya/kanuni temsilci/ebevymlere sorular sorma imkanı sağladım ve tam olarak yanıtladım. Hastanın/kanuni temsilcisinin/ebevymlerinin yukarıdaki bilgileri anladığı kanaatindeyim.

DOKTORUN ADI SOYADI

UNVANI

ADRESİ

İMZA

VARSA ÇEVİRMEN

ADI SOYADI

ADRESİ

İMZA

**Risk: Bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar
Komplikasyon: Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar