



CALCANEUS KIRIKLARI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.424
Yayın Tarihi	13.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 2

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onamı geri alabilirsiniz.

Ameliyatınız öğretim üyeleri ve asistan doktorlar tarafından gerçekleştirilecektir.

Uygulanacak Tedavi

- Kırık eklem ile ilişkili değil ve kayma da yoksa alçılama uygulanır.
- Kaymış ya da eklem uzanan kırıklarda ameliyat ile kırık ve eklem yerine oturtulur, ardından plak vida ya da çivi ile sabitlenir.

Tedavinin Süresi: Cerrahi süresi 1-3 saat

Tedavinin Beklenen Yararları

- Kırığın anatomik olarak kaynamasını sağlamak.
- Deformiteye engel olmak.

Tedavinin Riskleri ve Komplikasyonları

- Alçı içindeki ekstremiteye yeterli elevasyon sağlanmadığı takdirde gelişebilecek ödem ve dolaşım bozukluğu
- Alçılama rağmen kaynamama
- Ameliyat gerekli ise sonrasında ağrı
- Ameliyat sırasında damar-sinir yaralanması
- Ameliyat yerinde enfeksiyon
- Yara izi

Gereksinim Duyulabilecek Ek İşlemler

- Kaynamama durumlarında ameliyat gerekir.
- İlave röntgen işlemleri gerekebilir.

Olası Diğer Tedavi Seçenekleri (Alternatifi)

Alçılama veya gerekli ise ameliyat dışında etkili bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır.

Tedaviyi Ertelemenin Sonuçları

- Kaynamama, yanlış kaynama ve deformite gelişimi
- Ağrı ve yürüyememe
- Trombo-emboli gelişimi
- Tedavinin daha zorlu bir ameliyat gerektirmesi
- **Tedaviyi Reddetmenin Sonuçları** Deformite gelişimi, yürüme güçlüğü, ağrılı ayak
- **Hastanede Tahmini Kalış Süresi:** 2-7 gün.

Tanı

Yapılacak tedavi/işlem _____

Uygunsa taraf/seviye bilgisi Sağ Sol İki taraflı Seviye _____

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini



CALCANEUS KIRIKLARI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.424
Yayın Tarihi	13.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 2

açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

Hasta Rızası:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası:..... Tarih/saat:

(Hasta onay veremeyecek durumda ise)

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:..... İmzası:..... Tarih/saat:

(Yakınlığı:.....)

Tercüman (ihtiyaç halinde) Adı soyadı: İmzası:..... Tarih/Saat

Doktor adı-soyadı/Unvanı-İmzası :

Rızanın Alındığı Tarih /Saat