



KARPAL TÜNEL SENDROMU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.433
Yayın Tarihi	13.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 3

Bu formun amacı, sağlığını 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.

Ameliyatın Süresi:30 dk ile 2 saat arası

Uygulanacak Tedavi

Cerrahi tedavi:

Karpal tünel gevşetme

Tedavinin Beklenen Yararları

- Ağrının geçmesi
- Uyuşukluğun ve güç kaybının düzelmesi
- Günlük aktiviteye dönüş Tedavinin

Riskleri ve Komplikasyonları

- Median sinir yaralanması (sinir tamiri için tekrar ameliyat gerekebilir)
- Tendon yaralanması (tendon tamiri için tekrar ameliyat gerekebilir)
- İnsizyon yerine kalıcı olabilen uyuşukluk, renk değişikliği

Yara iyileşmesindeki bozukluğa bağlı oluşan iyileşme dokusunun sert, kırmızı ve ağrılı olması

- Yara yeri enfeksiyonu
- El bileğinde ağrı ve zayıflık
- Obesite ve sigara içimi enfeksiyon riskini, kalp ve akciğer komplikasyonlarını, tromboz riskini artırır
- Kalıcı uyuşukluk ve karıncalanma
- Ameliyat başarısız olabilir ve tekrarlamak gerekebilir

İhtiyaç Duyulabilecek Ek Tedaviler

- Kötü yara iyileşmesi nedeniyle skar dokusu eksizyonu
- Enfeksiyon gelişmesi halinde antibiyotik tedavisi



KARPAL TÜNEL SENDROMU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.433
Yayın Tarihi	13.02.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 3

· Fizik tedavi

Yara bakımı ve pansuman

Diğer Tedavi Seçenekleri (Alternatifleri)

· Non-steroid antienflamatuar ilaç kullanımı, vitamin B6, vitamin C kullanımı

· Atel ile immobilizasyon

· Lokal steroid enjeksiyonu ,

· Fizik tedavi

· Tedavisiz izlem Tedaviyi Ertelemenin/Reddetmenin Sonuçları

· Devam eden ağrı (özellikle gece ağrıları)

· Hareket kısıtlılığı

· El ve el bileğinde güçsüzlük

· El kaslarında atrofi

Hastanede Tahmini Kalış Süresi: 1-2 gün

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 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.

	KARPAL TÜNEL SENDROMU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.433
		Yayın Tarihi	13.02.2019
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa Numarası	3 / 3

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