



SKAFOİD KIRIĞI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.441
Yayın Tarihi	13.012019
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.

Hastalık Hakkında Bilgilendirme

Skafoid kemik, el kemikleri ile ön kol arasında geçiş sağlayan sekiz karpal kemikten bir tanesidir. Ön kola ve ele yakın olarak iki sıra halinde bulunan karpal kemikleri birbirine bağlayan merkez konumda bulunur. Bu nedenle sık travmaya maruz kalır.

Uygulanacak Tedavi

Açık redüksiyon-internal fiksasyon (özellikle deplase (ayrılmış) kırıklarda uygulanır)

Tedavinin Beklenen Yararları

- El bileğinde kaynama
- Ağrının azalması
- El bileği fonksiyonlarının yeniden kazanılması

Tedavinin Riskleri ve Komplikasyonları

- Post-op dönemde ağrı
- Kaynamama
- Kaynamada gecikme
- Yanlış kaynama
- Osteonekroz: kemik beslenmesinin bozulması

Gereksinim Duyulabilecek Ek İşlemler

- Post-op dönemde alçı ile fiksasyona devam
- Pre-op ihtiyaç halinde oto allogreft uygulanması

Tedavinin Süresi: 1-5 saat ameliyat süresi ve 1-5 gün serviste yatış süresi.....

Diğer Tedavi Seçenekleri

- Alçı ile takip

Tedaviyi Reddetmenin Sonuçları

- Kaynamama
- Yanlış kaynama
- Osteonekroz
- Ağrılı el bileği hareketleri

Hastanede Tahmini Kalış Süresi: **10 gün**

Tanı

Yapılacak tedavi/işlem _____

Uygunsu 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.

Hekiminin 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



SKAFOİD KIRIĞI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.441
Yayın Tarihi	13.012019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 2

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 temsilcısından; 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