



**DIŞ KULAK YOLUNDAN YABANCI
CİSİM / POLİP ÇIKARTILMASI
AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA (ONAM) BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.541
Yayın Tarihi	20.10.2020
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 4

Hastanın Adı, Soyadı:

Doğum tarihi:

Baba adı:

Ana adı:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Bu yazılı form, size yapılacak olan tedavi/ameliyat ve buna bağlı komplikasyonlar (ameliyat sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar, yan etkiler) hakkında temel bilgileri açıklamak için hazırlanmıştır. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve soruları cevaplayınız.

Bu form, tarafınıza sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı şeklini içermektedir ve **YASAL BİR GEREKLİLİĞİN ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE KULLANILMAK ÜZERE** hastane arşivinde saklanacaktır.

Yapılan muayene sonucunda size/hastanıza ameliyat gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz ameliyattan önce size bu belgede yazılı olan bilgileri verecek, bunun sonunda ameliyatın yapılması konusunda **SERBEST İRADENİZ** ile kararınızı vereceksiniz.

Bu formun **HER SAYFASININ** siz ve bir yakınınız tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

Hastalık hakkında bilgilendirme: İşlemden Beklenen Faydalar

Yapılan muayene ve tetkikler neticesinde, dış kulak kanalınız içerisinde yabancı cisim / polip mevcut olduğu ve tedavi amacı ile ameliyata alınarak yabancı cisim / polip'in temizlenmesi planlanmıştır.

Dış kulak yolunda bulunana yabancı cisim/poliple ilişkili enfeksiyon riski ortadan kalkmış olacaktır. Kulak zarının hasar görmesi engellenmiş olabilir. Şayet hasar görmüşse sorunun daha da büyümesinin önüne geçilmiş olacaktır.

İşlemin Süresi: Yaklaşık 1 saattir.

1. Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde yapılacağı ve işlem öncesi ve sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar:

Ameliyat, hastanemizin uzman veya asistan doktorları tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanemiz bir eğitim hastanesi olduğu için, ameliyatın **BİR KISMI YA DA TAMAMI ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN** (uzman doktor gözetiminde) **GERÇEKLEŞTİRİLEBİLİR.**

Tüm ameliyathaneler, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz.

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemelidir ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttıracak ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

Ameliyat sonrasında bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak refleksler geçici bir süre etkilenenektir. Bu nedenle girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde istirahat edilmelidir. Ameliyattan sonra 5-7 gün süre ile bedensel yorgunluktan ve kan basıncını yükselten aktivitelerden (örneğin, spor, jimnastik, ağır kaldırma) sakınılmalıdır.

3. Tıbbi müdahalenin muhtemel komplikasyonları (yan etkileri) ve Riskleri:

Bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

- Akciğerin küçük alanlarında ortaya çıkabilecek sönmelere/çökmelere bağlı olarak artmış akciğer enfeksiyonu riski. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük (düşük el, düşük ayak) oluşması.
- Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha fazladır.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- Anesteziden kaynaklanabilen ölüm.
- Kilolu hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.



**DIŞ KULAK YOLUNDAN YABANCI
CİSİM / POLİP ÇIKARTILMASI
AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA (ONAM) BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.541
Yayın Tarihi	20.10.2020
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 4

- Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Uygulanan ameliyata bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

- Kanama. Ameliyat esnasında oluşabilecek aşırı kanama nedeniyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.
- Kulak kanalında bulunan yabancı cisim dış kulak yolunun örtücü derisini hasarladıysa işlem sonrası ilerleyen dönemde kulak kanalında daralma meydana gelebilir.
- Enfeksiyon. Genellikle antibiotiklerle tedavi edilebilir.

4. Diğer tedavi seçenekleri: (Alternatifleri)

Dış kulak kanalında bulunan yabancı cisimlerin çıkabilmesi için girişimsel işlem dışında tedavi seçeneği yoktur. Dış kulak kanalındaki polipler ise giderek büyüyerek daha güç bir cerrahiye mahkum olmanıza neden olabilir.

5. Tıbbi müdahaleyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek riskler:(Sonuçlar)

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu karara bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu karara bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

6. Kullanılacak ilaçları muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:

Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** ortaya çıkabilir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.

7. Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

8. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılacağı:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

HEKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ

Sizden aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz:

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı?
Hayır Evet
2. Vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı?
Hayır Evet
3. Siz/hastanız **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin, aspirin) kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?
Hayır Evet
Siz/Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?
Hayır Evet Kullanıyorsanız/Kullanıyorsa hangi ilacı?
4. **Alerji, astım veya aşırı duyarlılık** (Örn. flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı?
Hayır Evet
5. **Kalp** veya **akciğer** hastalığınız var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz?



**DIŞ KULAK YOLUNDAN YABANCI
CİSİM / POLİP ÇIKARTILMASI
AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA (ONAM) BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.541
Yayın Tarihi	20.10.2020
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	3 / 4

Hayır Evet

6. Müzmin (kronik) bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet

7. Tiroit beziniz çok çalışıyor mu?

Hayır Evet

8. Yapay dişiniz var mı? / Sallanan dişleriniz var mı?

Hayır Evet

9. Son altı hafta içinde **koruyucu aşı** yapıldı mı?

Hayır Evet

10. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin, karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı?

Hayır Evet

11. **Bayanlar için: Hamile** olabilir misiniz?

Hayır Evet

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI

- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavinin/ameliyatın ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedaviyi/ameliyatı uygulayacak kişiler, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedaviden/ameliyattan önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- İstemediğim takdirde tedaviye/ameliyata onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya işlemi durdurabileceğimi biliyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında gerektiği takdirde kan verilmesini kabul ediyorum.
- Tanı/tedavi/ameliyat esnasında temin edilen benimle ilgili tüm dokümanların, **FOTOĞRAFLARIN** ve alınan örneklerin eğitim amaçlı olarak kullanılabileceğini anladım ve kabul ediyorum.
- Ameliyatın hastanenin uzman veya asistan doktorlarının gerçekleştirebileceği, bu hastanenin bir eğitim hastanesi olduğu, tedavinin/ameliyatın **BİR KISMININ YA DA TAMAMININ** **ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN** (uzman doktor gözetiminde)

GERÇEKLEŞTİRİLEBİLECEĞİNİ anladım ve kabul ediyorum.

- Uygulanacak tedavinin/ameliyatın **MEVCUT DURUMUMU İYİLEŞTİRME GARANTİSİ OLMADIĞINI** ve hatta uygulanacak tedavi/ameliyat neticesinde **MEVCUT DURUMUMDAN DAHA DA KÖTÜ OLMA İHTİMALİM OLDUĞUNU** anladım ve kabul ediyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde **TEDAVİNİN GENİŞLETİLEBİLECEĞİNİ** ya da **O AN HAYATİ RİSK NEDENİYLE GEREKLİ GÖRÜLEN FARKLI BİR TEDAVİNİN** (nefes almam için **BOĞAZIMA DELİK AÇILMASI** dâhil) **UYGULANABİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:



**DIŞ KULAK YOLUNDAN YABANCI
CİSİM / POLİP ÇIKARTILMASI
AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA (ONAM) BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.541
Yayın Tarihi	20.10.2020
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	4 / 4

“HASTA YAKINININ” ya da “VELİ/VASI YAKINININ”

(Bu ikinci kişi hastane personeli ya da hastane personeli ile yakınlığı olan bir kimse olamaz)

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN

Kaşesi (Adı Soyadı):

İmza:

Tarih:

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örn. tercüman)

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

UYARI:

- Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.
- Çocuk hastalarda **HER İKİ EBEVEYİNİN (ANNE ve BABANIN)** ikisinin de imzalaması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR**. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde **TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR**.