

	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI ARTRODEZ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.59
		Yayın Tarihi	28.11.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1/1

Hastanın Adı – Soyadı:	
Dosya No:	
Tc Kimlik No:	

Sayın Hastamız / Hasta Vekili/ Kanuni Temsilcisi,

Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge sizi tedaviniz sırasında uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirmek ve bu uygulamaların gerçekleştirilmesi hususunda onayınızı almak için hazırlanmıştır.

1- Ben/biz hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen özgür irademle/irademizle başvuru sebebim/sebebiz olan yakınmaları değerlendirmek, gerekli gördüğü muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun gördüğü uygulamaları serbestçe yapmak üzere, bir eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu bildiğim/bildiğimiz Kahramanmaraş St İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Hastanesi Hemşire, Ebe ile diğer Sağlık Teknisyenlerini, Asistan ve Uzman Doktorları ile birlikte Kliniğini/Kliniklerini yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyoruz. Bana/hastamıza uygulanacak girişimiyle ilgili olarak aşağıda verilen ayrıntılı bilgi açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimizi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

1.1. Önerilen tedavinin içeriği:

Eklemin hareketsizleştirilmesi (artrodez) ameliyatı çeşitli nedenlerle harabiyet gelişen eklemin bozuk yüzeylerinin tıraşlanması, eklem yüzeyleri arasına ilave kemik doku konulması ve eklemin implantlar yardımıyla kaynatılarak hareketsiz hale getirilmesidir. Kliniğimiz öğretim üyeleri ve asistan doktorları tarafından gerçekleştirilecek olan ve uygulanan eklem gereği değişen ameliyat normal şartlarda 1-4 saat arasında sürer.

1.2. Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı:

Amaç ağrısız ve hareketsiz bir eklem elde etmektir. Başarı şansı ameliyat öncesi tanı, cerrahi teknik ve kullanılan tespit yöntemine göre değişse de %77 ile %100 arasındadır.

1.3. Önerilen tedavinin avantajları ve riskleri:

Tedavi yöntemi ileri evredeki hasta için bir kurtarma işlemidir. Tedavinin en önemli avantajı ağrılı ve kireçlenmiş olan eklemin ağrısız hale getirilmesidir. Fakat bunun yanında çevre eklemlerde yük artışı olacağından eklem sertliği riskini artıracak ve yürüme için gereken enerjini artmasına neden olabilecektir. Riskleri; eklemin uygun olmayan pozisyonda sabitlenmesi, enfeksiyon, eklem arasına konulan kemik dokunun kaynamaması (sigara içilmesi kaynamama riskini artırır) ve komşu eklemlerde kireçlenmedir.

1.4. Önerilen tedavinin varsa alternatifleri:

Eğer eklem kırıkdağının yarısından fazlası sağlamsa sadece tıraşlama denenebilir. (Eklemin durumu en net ameliyatta gözlemlenebilir) Bunun haricindeki seçenek; eklemin her iki tarafındaki kırıkdağ ve kırıkdağ altı kemik dokuların temizlenip araya protez konulmasıdır. Fakat bu tedavi her eklem ve hastada mümkün değildir.

1.5. Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları:

Eklemin hareketsizleştirilmesi (artrodez), eklemin cerrahi girişimle kaynatılmasıdır ve tek yanlı eklem artrozlarında uygulanır. Artrodez uygulanan eklem devre dışı kaldığından ağrı bütünüyle ortadan kalkar. Hasta sağlam eklemine kullanarak rahatça iş hayatını sürdürebilir. Ama bu tedavi sonucunda oturma, araba kullanma ya da bisiklete binme gibi günlük aktiviteler güçleşir. Önerilen tedavi ile %77 ile %100 arasında değişen başarı oranları verilmektedir. Eklemin uygun olmayan pozisyonda sabitlenmesi çok nadir şikayete yol açmaz; dolayısı ile düzeltilmesi gerekir. Kaynamama ihtimali %0 ile %10 arasındadır ve eğer ağrısız ise kabul edilebilir.

1.6. Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar:

Tedavi yöntemi ileri evreler için bir kurtarma işlemidir. Tedavi reddedildiğinde ağrının devam etmesi ve hareket güçlüğü beklenmelidir. Alternatif tedavi yöntemlerinde eklem hareketinin korunabilmesi avantaj gibi görünse de eklem sabitliğinin bahsedilen yöntemdeki kadar iyi sağlanamama ve ağrıda beklenen düzelmenin olmaması ihtimali vardır.

	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI ARTRODEZ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.59
		Yayın Tarihi	28.11.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1/1

1.7. İyileştikten sonra beklenen büyük problemler ve normal yaşamıma ve günlük aktivitelerime dönebilmem için gerekli olan süre:

Hastaya ameliyat sonrası alçı veya cihaz içinde 10-12 hafta civarında kaynama oluşana kadar takip edilir. Kaynama sağlanana kadar genellikle iki haftada bir film kontrolü yapılır. Çoğunlukla tam kaynama elde edilir.

1.8. Tedavi sonrası sağlığım için istenilen yaşam tarzı ve evde bakım şekli:

2-Tedavi sonrasında hastanın doktorunun önerdiği tedavi ve takip programına uyması beklenmektedir.

2.1. Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi.

2.2. Hekimim sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.

2.3. Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.

2.4. Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.

2.5. Bana önerilen işlemin benim için uygun olduğuna inanıyorum.

2.6. Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.

2.7. Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.

2.8. Sorunumun başka tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.

2.9. Tedavi olmadıgımda ne olabileceğini biliyorum.

2.10. "Bilgilendirilmiş Onam Formu"nun ne anlama geldiğini biliyorum.

2.11. Bu formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.

2.12. Kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.

2.13. Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.

2.14. İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

3- Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:	Vasisi veya Yakını:
Tarih:/...../.....	Tarih:/...../.....
İmzası:	İmzası:
• Kişinin durumunu, tedaviye ihtiyacını, işlemin detaylarını ve risklerini, uygun tedavi seçeneklerini ve risklerini, bahsedilen risklerin gerçekleşmesi durumunda olabilecek sonuçları • Bu hastaya özel gelişebilecek önemli riskleri ve problemleri Hastaya / kanuni temsilciye / ebeveyne açıkladım. • Hastaya / kanuni temsilciye / ebeveyne yukarıda belirtilen herhangi bir konuda sorular sorma imkanı sağladım ve mümkün olduğu kadar tam olarak cevapladım. • Hastanın/kanuni temsilcisinin/ebeveynlerinin yukarıdaki bilgileri anladığı kanaatindeyim.	
Doktor Adı-Soyadı unvanı imzası kaşesi:	
Rızanın Alındığı Tarih Saat:	