



**ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ
ANABİLİM DALI
HALLUKS RİJİDUS AMELİYATI
BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.62
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 anladığınızı 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/irademle başvuru sebebim/sebebimiz 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 Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Hastanesi Hemşire, Ebe ile diğer Sağlık Teknisyenlerini, Asistan ve Uzman Doktorları ile birlikte Kliniğini/Kliniklerini yetkili kılıyor ve bu uygulama-ların 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, kim tarafından yapılacağı, süresi

Yapılan işlem ayak tarak kemiği baş kısmındaki kemik çıkıntının tıraşlanması, ilave eklem hareketinin artırılması ve ağrının azaltılmasıdır. Ayağın sırtından yapılan kesi veya kesiler ile ameliyat gerçekleştirilir. Eklem içindeki iltihabi dokular, çevredeki yeni oluşan kemik dokuları ve kemiğin baş kısmının %20-30'u temizlenir. Kliniğimiz öğretim üyeleri ve asistan doktorları tarafından gerçekleştirilecek olan ameliyat normal şartlarda 1-2 saat arasında sürer.

1.2. Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı:

Tedavinin amacı eklem sabitliğini, hareketini ve gücünü koruyarak ağrı ve deformitede düzelmeyi sağlamaktır. Hastalığın erken ve ileri evrelerinde kullanılabilir. Başarı oranı hastalığın evresine göre değişir. Erken dönemlerde %93-%97'lere kadar ulaşabilirken, geç dönemlerde %29'a kadar düşebilir.

1.3. Önerilen tedavinin faydaları ve riskleri, komplikasyonları

Tedavinin avantajları; daha kapsamlı cerrahi işlemlerin getirdiği risklerden korunmak, ağrının düzelmesi, eklem doğal yapısının olabildiğince tekrar kazanımı, eklem hareket ve gücünün korunmasıdır. Riskleri; ameliyata rağmen bazı hastalarda ağrının devam etmesi, eklem hareket açıklığının sağlanamaması ya da kaybı, düzeltmenin yetersiz olmasına bağlı şikayetlerin devam etmesi ve düzeltmenin fazla olmasına bağlı eklem sabitliğinin kaybıdır.

1.4. Önerilen tedavinin varsa alternatifleri:

Hastalığın erken evrelerindeki alternatifleri; ayak parmak kemiğinin kesilip şeklinin düzeltilmesi, ayak tarak kemiğinin kesilip şeklinin düzeltilmesi ya da tıraşlama ile birlikte ayak parmak kemiğinin kesilip şeklinin düzeltilmesidir. Hastalığın geç evrelerindeki alternatifleri; eklem dondurulması, tarak kemiği ile eklemleşen parmak kemiğin taban kısmının çıkarılması ve tıraşlama, bir önceki işleme ek olarak aradaki boşluğun çevre yumuşak dokularla doldurulması ve eklem her iki tarafındaki kırık ve kırık altı kemik dokuların temizlenip araya protez konulmasıdır.

1.5. Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları:

Önerilen tedavinin başarı oranı hastalığın evresine göre değişse de erken evrelerde %97'lere ulaşan başarı vardır. Ameliyattan sonra bir miktar ağrı devam edebilir. Eklem hareket açıklığı tekrar sağlanamayabilir ya da kaybolabilir. Az tıraşlama yapılırsa sorunlar devam edebilir, fazla tıraşlama yapılırsa eklem dengesi kaybolabilir.

1.6. Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar:

Tedavi sıklıkla erken evrelerde tercih edildiğinden reddi halinde hastalığın ilerlemesi beklenmelidir. Ağrı ve eklem kıkırdakındaki yıpranma zamanla artacaktır.

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

Ameliyattan 7-10 gün geçtikten sonra aktif ve pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri başlanır. Ameliyat sonrası ayakkabı ile ayağın dış ve topuk kısmına basarak yük vermeye başlanılır. Saate bir 5 dakika eklem hareketlendirilir. Ameliyattan sonraki 2-3. ayda eklem etrafındaki şişlikler düzelir. Hastanı uyumuna göre fizik tedavi uygulanabilir.

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

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



**ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ
ANABİLİM DALI
HALLUKS RİJİDUS AMELİYATI
BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.62
Yayın Tarihi	28.11.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/1

2-

- 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 en iyisi olduğuna inanıyorum.
- 2.6. Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
- 2.7. Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.
- 2.8. Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
- 2.9. Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
- 2.10. “Bilgilendirilmiş Onam Formu”nun ne anlama geldiğini biliyorum.
- 2.11. İmzaladığım 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 inanıyor, 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 kaşe:	
Rızanın Alındığı Tarih Saat:	

Bu rıza formu Yrd Doç Dr Bülent Güneri tarafından hazırlanmıştır.