	SUBMANDİBULER GLAND EKSİZYONU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.64	01.08.2011	01	Kasım-2020	1/2

HASTANIN ADI SOYADI:

A. AMELİYAT İLE İLGİLİ DURUMLAR

Doktor bana aşağıdaki koşullarda olacağımı açıkladı (hastanın kendi kelimeleri ile):

……

……

Aşağıdaki ameliyat uygulanacaktır:

Submandibuler gland eksizyonu (Çene altında cilt kesilerek tükrük bezine ulaşılacak ve bez kanalı ile beraber çıkarılacak).

B. ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi doktorunuz ile görüşünüz.

C. UYGULANACAK AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

- ✓ Artmış göğüs enfeksiyonu riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- ✓ Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu (DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- ✓ Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- ✓ İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- ✓ Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- ✓ Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu,kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

D. BU AMELİYATA AİT RİSKLER

Kanama: Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.

- ✓ Çevredeki sinirlerin yaralanmasına bağlı olarak omuz düşüklüğü, dilde yutmayı ve konuşmayı bozabilen hareket bozuklukları, his kayıpları ve ağız köşesinde düşüklük meydana gelebilir.
- ✓ Kesi yerindeki nedbe dokusu kırmızı, kabarık ve kaşıntılı olabilir. Bununla başa çıkmak zor olabilir ve bazen ilave bir cerrahi girişim gerekebilir.
- ✓ Yara yeri enfekte olabilir ve bu durumda şişlik ve ağrı oluşur. Antibiyotik ve gerekirse küçük bir cerrahi işlem olan ‘drenaj’ uygulanabilir.
- ✓ Obez hastalarda yara yeri enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır.
- ✓ Sigara içenlerde yara yeri ve akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır. Sigara ayrıca yara iyileşmesini de geciktirir.
- ✓ Hastalık tedavi edilemeyebilir, yeniden oluşabilir. Bu da tekrar ameliyat veya ilaç tedavileri gerektirebilir.

E. ÖNEMLİ RİSKLER VE KONU İLE İLGİLİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Doktor, benim için önemli riskleri, problemleri ve komplikasyon gelişirse olabilecek sonuçları tarafıma anlatarak açıkladı.

KONTROLLÜ KOPYA

Doktor, konu ile ilişkin tedavi seçeneklerini açıklamasının yanında ameliyat dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

F. HASTA İZNİ

Şunları kabul ediyorum:

Doktor, tıbbi durumumu ve uygulanacak prosedürleri açıkladı. Uygulanacak işlemlerin risklerini,bana özgü olabilecek riskleri ve olası sonuçları anladım.

Doktor, konu ile ilgili diğer tedavi seçeneklerini ve ilişkili riskleri açıkladı. Doktor, hastalığımın olası seyrini ve ameliyat dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

Doktor anestezi risklerini ve anestezi risklerini artıran faktörleri açıkladı.

Durumum, riskler,uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktora sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı ,cevaplandı, memnun ve ikna oldum.

Damardan kan verilme ihtiyacı da olabilecek bu prosedürü/ameliyatı anladım.

Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım.

Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisi olmadığını ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.

Yukarıdaki ifadelere dayanarak, **İŞLEMLERİN / AMELİYATIN YAPILMASINI RİCA EDERİM.**

İşlemin Tahmini Süresi:…….

Lütfen kendi el yazınızla ”hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum.” yazınız.

……

HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

ÇEVİRMEN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

VASİ / YAKINI ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

TANIK ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

Ben “Rıza Belgesi” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

HEKİMİN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	YÜRÜRLÜK ONAYI

KONTROLLÜ KOPYA