	ULNAR SİNİR RELEASE OPERASYONU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.113	30.11.2012	01	Kasım-2020	1/2

Hastanın

Adı,Soyadı:……...……...

Doğum tarihi:……..Protokol No:……..…….

Baba adı:…… ……Ana adı:……...

Ameliyat Adı :
Bu yapılacak olan ameliyatın adı dirsek ULNAR SİNİR RELEASE ameliyatıdır.

Ameliyatın Yapılma Amacı ve Faydaları :
Bu ameliyatın amacı, dirsek bölgenizde sıkışmış olan siniriniz nedeni ile gelişen ulnar sinir lezyonunu cerrahi yöntemlerle düzeltmeye çalışmaktır. Bu bölge damar sinir ve tendon yapıları bakımından zengin ve önemli bir bölgedir. Ameliyat esnasında bu yapıları korumaya özen gösterilecektir.

Ameliyatın Süresi :
Bu ameliyatın süresi normal şartlarda **1 (bir) saat** olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir. Ameliyat sonrasında 12 (oniki) gün dikişlerinizi aldırmanız ve günlük pansuman takipleriniz yaptırmanız enfeksiyon ve yara yeri takibi acısından önemlidir.

Ameliyat Ve Tedavi Süreci :
Bu ameliyattan beklentilerimiz; size kitleyi çıkartabilmemize olanak sağlayacak bir veya birkaç kesi ile kitlenize ulaşıp kitleyi bulunduğu bölgede gözlemek kitlenin görünümüne göre cerrahi sınırlarımızı belirlemek bu sınırlar içinde en güvenli şekilde kitlenizi çıkartmaktır. Ameliyat sonrası antibiyotik (mikrop önleyici) ve ağrı kesici tedaviler uygulanacaktır. Ameliyat sonrası yapacağınız fizik tedavi egzersizleri en az ameliyatınız kadar önemlidir ve sizin eski hareketler kabiliyetinize en üst düzeyde kavuşmanıza yardımcı olacaktır. Ameliyatın seyrine göre ameliyat esnasında sızma tarzındaki kanamaları dışarı aktarmak için ameliyat sahasına dren konabilir. Ameliyata bağlı kan kayıplarınız gerektiğinde damar yolu ile verilerek yerine konacak olup ameliyat sonrası beslenme durumunuz bize yardımcı olacaktır.

Bu ameliyat ile ilgili olarak yapacağınız egzersizler evde kullanacağınız ilaçlar fizyoterapist tarafından tarif edilecektir. Sizin sorumluluklarınız; yapmamanız gereken hareketler, sorumlu doktorunuzun size ameliyat sonrasında planlayacağı kontrollerinize gelmek(örn. Uygulanan tedavi şemasına özen gösterme vb.) Ameliyatta çıkartılan doku örneği patoloji laboratuarına gönderilecek olup kontrollerinize patoloji raporunuzla gelmeniz uygun olacaktır.

Ameliyat Sonrası Riskleri / Komplikasyonları :
Bu ameliyatta ve sonrasında; ağrı, parmaklarda hareket ve his kaybı, elde kavrama kaybı, enfeksiyon riski, yara yerinde iz kalması, parmaklarda kuvvet kaybı, aşırı kötü doku ile iyileşme riski, gibi riskler ve rahatsızlıklar söz konusu olabilir.

Bu ameliyatı olmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Ameliyat olmayı reddedebilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırmalarda yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir ancak müfettişler, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

KONTROLLÜ KOPYA

Sorumlu Doktorun Ek Notları:……

…….....

(Hastanın Beyanı)

Yukarıda yer alan ve ameliyat öncesi verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları ameliyat ekibine sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Ameliyat olmak isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda ve ameliyatın uygulanması konusunda ameliyat sorumlu doktoruna yetki veriyor ve söz konusu ameliyata ilişkin bana yapılan önerisini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

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:

KONTROLLÜ KOPYA

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	YÜRÜRLÜK ONAYI