

ANAL FİSSÜR AYDINLATILMIŞ RIZA (ONAM) BELGESİ

Hasta Adı-Soyadı :	Tarih ve Saat:
Protokol No:	Telefon No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu “ANAL FİSSÜR-MAKATTA ÇATLAK” tanısı koyan doktorlarım tedavim için “**Lateral internal sfinkterotomi (makattaki iç kasın kesilmesi)**” ameliyatını önerdiler. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu bilgiler ışığında serbest iradenizle ile tedaviniz hakkında karar vermeniz uygun olacaktır. İstedığınız anda tedavi kararınızdan vazgeçebilirsiniz. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız. Bu ameliyatı yapabilecek diğer sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Makat çatlağı, makat yırtığı, yada tıbbi ifadesi ile ‘anal fissür’ anüs (makat) bölgesini örten deride makatta ağrı, kanama ve kaşıntıya yol açan küçük bir yırtık veya çatlaktır. Genelde çatlak (fissür) yüzeysel olarak başlar ve hızla iyileşir. Bazen derinleşip altta yatan makat iç kasına (sfinkter kası) ulaşabilir. Bu durumda hastalık **kronik** (süreğen) hale gelmiştir. Aynı şekilde, makat çatlağının oluşma süresi 6 haftayı geçmesi durumunda **kronik makat çatlağı (anal fissür)** olarak adlandırılır. Makat çatlağının (anal fissür) ana nedeni, makat iç kasında (sfinkter kası) direnç artışı (hipertonisite) ve kalınlaşmadır (hipertrofi). Bazı makat çatlakları kendiliğinden iyileşirken diğerlerinin neden iyileşemediği kesin olarak bilinmemektedir, ancak kabızlık yada ishalin devam etmesinin bu duruma neden olduğu düşünülmektedir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:Birçok hastanın makat çatlakları ile yaşamlarına devam ettikleri ve gelişigüzel (dost veya eczane tavsiyesi vb.) temin ettikleri krem veya ilaçlarla kendi kendilerine tedavi uyguladıkları bilinen bir gerçektir. Burada ana neden, sorunu önemsememe, doktora muayene olmaktan çekinme (utanma duygusu, mahremiyet vb.) ve bu tür nedenlerdir. Makat çatlağı belirtilerinin, birçok hastalıkla karışabildiği bilindiğinden, bu tür bir tedaviyi hekime danışmadan uygulamak çok sakıncalıdır ve altta yatan hastalığın ilerlemesine yol açabilir. Makat çatlakları hiçbir tedavi uygulanmadığı takdirde kendiliğinden iyileşebilir ya da tıbbi tedavi yöntemleri (botox, krem, pomad gibi) uygulanabilir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir): Günümüzde makat çatlağının (anal fissür) cerrahi tedavisinde en yaygın olarak kullanılan teknik lateral internal sfinkterotomidir. Yani makat bölgesindeki iç bölge yerleşimli kasın kesilmesi işlemidir. Bu kesilme işlemi tam ya da kısmi yapılabilmektedir. Fissürektomi: Makat çatlağının cerrahi olarak kesilerek çıkartılması işlemidir. Makat genişletilmesi (anal dilatasyon) uygulanabilir bir tedavi seçeneğidir. Bunların dışında “basınç kontrollü sfinkterotomi”, “Fissürektomi ve kaydırma (flep) tekniği”, lazerle fissürün yakılması, radyofrekans ile sfinkterotomi, botoks uygulaması diğer tedavi seçenekleridir.

Sık görülebilen yan etkiler-komplikasyonlar (istenmeyen olumsuz sonuçlar):

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anestezije bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1’den daha düşük oranlarda ölüm

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda başağrısı, kanama, idrar yapamama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. İdrar yapamama durumunda sonda takılabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

2. Ameliyat sırasında ve sonrasında derin toplardamar sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğere pıhtı atmasına (emboli) yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

3. Gaz ve dışkı kaçırmaya: Gaz kaçırmaya, makat çatlağı ameliyatları sonrasında % 12-27 oranında görülürken, dışkı kaçırmaya veya hafif islatma (soiling) ise % 10-15 oranında görülür. Hastaların en çekindikleri komplikasyon doğal olarak budur, zira sosyal bir ortamda iken acilen tuvalete gitme gereksinimine neden olur.

4. Enfeksiyon: Makat çatlağı anal fissür ameliyatı sonrasında nadiren enfeksiyon görülür. Genelde % 1-2 oranında makat apsesi gelişebildiği bilinmektedir.

5. Makat fistülü gelişimi: Ameliyat sırasında bağırsak yüzeyi (mukoza) açılması sonrasında makat fistülü (perianal fistül) gelişir ve hastaların % 1'inden azında görülür.

6. Makattan kanama olabilir.

7. Makat çatlağının tekrarlaması: Ameliyat sonrası tekrarlama veya nüks hastaların % 1-6'sında görülür.

8.....

9.....

10.....

Ameliyat süresi değişken olmakla birlikte yaklaşık 20 dk ile 1.5 saat arasında değişmektedir. Ameliyatınıza kliniğimizin doktorlarından en az bir tanesi girecektir. Doktorunuzdan ameliyat tipi hakkında bilgi alabilirsiniz. Bu ameliyatı yapan başka doktor ve sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Kliniğe kabul edilmenizi takiben doktorlarınız tarafından dosyanız hazırlanacak ve gerekirse tekrar muayene edileceksiniz. Bu esnada doktorunuzun sorduğu sorulara lütfen eksiksiz cevap veriniz. Anestezi doktoru size hangi yöntemin uygulanacağı, bunların riskleri konusunda buna benzer ayrı bir form verecektir. Anestezi açısından ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve hemen ameliyat sonrasında dikkat etmeniz gerekli noktalar size anestezi doktorları tarafından anlatılacaktır. Ameliyattan önceki en az 6 saat ağızdan katı gıda almamış olmalısınız. Sizden beklenen özellikle kullandığımız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın pıhtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi vermeniz, ameliyathaneye gitmeden önce tuvaletinizi yapmanız, ameliyata giderken üzerinizdeki tüm metal ve diğer takı ve malzemeleri çıkarmanızdır. Ameliyat kararı verildikten sonra ameliyathanenin müsaitlik durumuna göre ameliyata alınacaksınız. Bir süre kliniğinizde bekleyebilirsiniz. Sizden önceki ameliyatların uzaması durumunda ameliyatınız ertelenebilir.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Ameliyattan hemen sonra ameliyat odası ve ayılma odasında bir miktar kalacaksınız. Bu noktalarla ilgili açıklamalar anestezi doktorları tarafından yapılacaktır. Ameliyattan sonra hemen yemek yeme ihtiyacı hissetmeyeceksiniz. Ağrı ve diğer gereksinimleriniz için doktorlarınız tarafından uygun ilaçlar verilecektir. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız. Aklınıza takılan durumlar için hemşire ve doktorunuza başvurabilirsiniz. Spinal anestezi uygulandı ise ilk idrarınızı yapmakta zorlanabilirsiniz. Bu durumda geçici olarak bir sonda yardımı ile idrarınız alınacaktır. Doktorunuz muayene ve diğer bulgularınıza göre ne zaman sıvı ve katı gıda alabileceğinizi size söyleyecektir. Ameliyat sonrası dönemde doktor ve hemşirenizin izin verdiği en erken zamanda ayağa kalkıp dolaşmalı ve solunum egzersizi yapmalısınız. Taburculuk gününüz durumunuza göre belirlenecektir. Hastaneden ayrılmadan hangi ilaçları kullanacağınızı, ne zaman kontrole geleceğinizi ve dikişlerinizi ne zaman alacağınızı size söylenecektir. Eğer bu size söylenmezse lütfen doktorlarımızı uyarınız.

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM. İMZA

- Hastalığım dışındaki yandaş hastalıklarım ile ilgili bana bilgi verildi. Bu yandaş hastalıklarımın ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrasında bana oluşturabileceği olumsuzluklar ayrıntılı şekilde anlatıldı.
- Ameliyat sonrası patoloji raporumu takip etmem ve sonucu ile polikliniğe başvurmam konusunda bilgilendirildim.
- Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı. Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşılamayacağı bana bildirildi.
- Tüm hastane veri ve kayıtlarımın; kan ve doku örneklerimin bilimsel çalışmalar için kullanılmasına izin veriyorum.
- Ameliyat anında önceden bilinmeyen bir patoloji saptandığında tamamen benim lehime olarak doktorlarıma operasyon stratejisini değiştirme ve uygulama izni veriyorum.
- Ameliyatıma klinik uzman doktor ve asistan doktoru girebileceği gibi gereklilik halinde başka doktorların da ameliyatıma girmesi için çağrılabilmesi konusunda tarafıma bilgi verildi.
- Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum. Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.
- Tedavim için uygulanacak olan tıbbi ve cerrahi işlemlerin tamamını kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

AYRICA

Doktorum tarafından, bana amaçlanan tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, istenmeyen sonuçlar (komplikasyonlar), beklenmedik durumlar ve oluşabilecek sorunlar, tedavim süresince oluşabilecek değişiklikler ve iyileşmem esnasında yaşayabileceğim olaylar açıklandı ve bunları kabul ediyorum. Ayrıca doktorum ile tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi seçeneklerini, yararlarını, istenmeyen sonuçlarını, risklerini, beklenmedik durumlarını ve tedavi olmamam durumunda gelişebilecek olayları konuştuk, sorularıma yeterli cevap verildi ve bu konularda tarafıma yeterli bilgilendirme yapıldı. Yapılacak tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında veya sonrasında doktorumun önceden tespit edilemeyen bir şey bulması veya gelişmesi durumunda, doktorumun bana yararlı olacağına karar vereceği ek veya değişik tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi uygulamalarına ve gerekli göreceği konsültasyonlar ile ilgili doktorların yapabileceği müdahalelere izin veriyorum. Bu tedavinin ve uygulanacak tetkik/girişim/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını, ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini ve beklenmedik durumları, oluşabilecek istenmeyen sonuçları ve riskleri bilerek kabul ediyorum.

Doktoruma, tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında diğer hekimler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sağlık çalışanları, stajyer doktor, intörn doktor ve sağlık eğitimi alanlar tarafından yardım (asiste-destek-birlikte çalışma) edilebileceği, tedavimde bu kişilerin de yer alabileceği konusunda bilgilendirildim ve kabul ediyorum.

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ya da Tıp Fakültelerinde sağlık alanında, eğitim ve araştırmaların yapıldığını biliyorum. Bu nedenle hastanede sağlık, eğitim ve araştırmasına yönelik olarak tarafıma yapılacak olan tüm müdahalelere ve yasal mevzuata uygun olarak yapılan bilimsel çalışmalara bilgim ve onayım dâhilinde katılacağım. Tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri sırasında eğitim ve bilimsel amaçlı olarak, kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydıyla, hastalığım ile ilgili bilgilerin kullanılmasına, fotoğraf ve video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum.

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçlar bana ait olmak üzere; uygulanması planlanan veya uygulanan tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerini reddetme veya durdurma hakkım olduğu, bu işlemleri reddetmem veya durdurmam durumunda tedavisiz kalmam neticesinde doğacak sonuçlar tarafımıza anlatıldı.

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM. İMZA

Ameliyat öncesinde kan bankasında yasal mevzuata uygun olarak hazırlanan ve bana verilmesi uygun olan kanların, tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında kullanılmasını onaylıyorum. Kan kullanılması durumunda oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim.

Hastane tarafından yasal mevzuat içerisinde sağlanan alet-cihaz, iyileştirici malzeme ve ilaçların tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemlerinde kullanılmasını kabul ediyorum.

(Sadece kadın hastalar için) Eğer hamile isem doğmamış çocuğumun öncelikle radyolojik işlemler olmak üzere tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri süresince bir risk taşıdığı hakkında bilgilendirildim. **Adet gecikmesi yada hamilelik durumum yoktur.**

4207 sayılı kanun gereği hastane içerisinde sigara içmeyeceğim. Güvenliğim ve sağlığım açısından teras, çatı ve balkonlara çıkmayacağım, pencere ve korkuluklardan sarkmayacağım. Görevlilerin bilgisi dışında hareket etmeyeceğim, yer değiştirmeyeceğim, yatağımdan, odamdan, servisten ve hastaneden ayrılmayacağım, ilaç kullanmayacağım, gıda maddeleri almayacağım. Hastanede görevli olmayan şahıslara itibar etmeyeceğim. Kamu malı olan, hastaneye ait yapılara, sistemlere, cihazlara, demirbaşlarına, ilaç ve sarf malzemelerine zarar vermeyeceğim, kasti zararlar durumunda yasal sonuçlarını kabul ediyorum.

Aşağıda bulunan imzam, bu formun ön ve arka yüzünde bulunan tüm bilgileri okuduğumu, anladığımı ve tarafıma anlayacağım şekilde anlatıldığını, sorduğum ve öğrenmek istediğim tüm sorulara anlayacağım şekilde cevap verildiğini teyit etmektedir.

.....
.....
.....
.....
.....

<u>Hasta Kimlik Bilgileri</u> Hastanın Adı Soyadı : İmza : : Tarih :/...../..... SAAT:	<u>Bilgi Veren</u> Doktorun Adı Soyadı: İmzası: Tarih:/...../..... SAAT:
<u>Hasta vâsiinin veya yakınının adı soyadı:</u> İmza : : Tarih:/...../..... SAAT:	<u>Varsa Çevirmen ve İmzası :</u> Tarih:/...../..... <u>Sahidin Adı Soyadı ve İmzası :</u> Tarih:/...../.....

Onam Belgesini Teslim Alan Hasta/Hasta yakını

Adı-Soyadı:

İmza:

* Yasal Temsilcinin Onam Verme Gereçesi: Yaş Küçüklüğü (18 yaş altı) Bilinci Kapalı Akıl Sağlığı Yerinde Değil

* Hastanın okuma yazması yoksa bir yakınıyla birlikte anlatılıp, yakını tarafından imzalanacak, kendisinde parmak basacaktır.

* Onam belgesinin tüm imzaları tamamlandıktan sonra bir nüshası hasta/hasta yakınına verilmelidir.

