

## NEK/İNTESTİNAL PERFORASYON AMELİYATI RIZA BELGESİ

Hastanemizde tetkik ve tedavi uygulanacak hastalardan Tıp ve Tıp Dalları Standartları'nın uygulanmasına ilişkin 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'un 70'inci maddesine göre alınacak muvafakat belgesidir.

### Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, hastalık hakkında genel bilgiler:

Çocuğunuzda barsak dolaşım bozukluğu ve buna bağlı olarak barsak delinmesi ile uyumlu bulgular mevcuttur. Bu hastalık Nekrotizan enterokolit/intestinal perforasyon barsak duvarında dolaşım bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Barsak mukozası kan akımını azaltan durumlar, oksijensiz kalma, erken doğum öyküsünün olması, düşük doğum ağırlıklı olma, beslenme yoğunluğu ve bazı enfeksiyöz ajanlar bu duruma neden olabilmektedir. Bazı kan değerlerinde yükselme, ısı düzensizliği, karında şişlik, karın ön duvarında belirli bölgelerde kızarıklık, sarı-yeşil (safralı) kusma, solunum sıkıntısı, kalp atımının azalması-artması, kan şekeri düzensizliği ve makattan kanama gibi durumlar hastalığın şiddetine göre görülebilmektedir. Bununla birlikte karın grafisinde genişlemiş barsak halkaları, barsak delinmesi ile uyumlu bulgular görülebilir. Bir diğer tanı amaçlı yapılacak işlem karın ultrasonografisidir. Ultrasonda karın içinde sıvı görülmesi ve barsak dolaşımının bozuk olduğunun görülmesi tanıda yardımcı olmaktadır.

### İşlemin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı:

Çocuğunuza barsak duvarında dolaşım bozukluğu ve buna bağlı olarak barsak delinmesi ihtimali nedeni ile cerrahi işlem uygulanacaktır. Ameliyat genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ve ağrı kesici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır ve ağrı hissetmeyecektir. Ameliyat bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

### Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:

Çocuğunuza açık cerrahi girişim yapılacaktır. Karının göbek üst bölgesinden kesi yapılacaktır. Karına girildikten sonra barsaklar özenle dışarı alınıp mideden son barsağa kadar hepsi incelenecektir. Bu esnada karın içinde sıvı varsa örnekleme yapılabilmesi için enjektöre bir miktar sıvı alınacaktır. Ardından dolaşımı bozulan barsak kısmı çıkarılacaktır. Karın içi incelemede dolaşım bozukluğuna uğrayan, kanlanması tamamıyla bozulan barsakların uzunluğu cerrahi tedaviyi etkileyecektir. Hiçbir şey yapmadan karın direkt kapatılabilir, birden fazla sayıda barsak karın duvarında farklı yerlerden açığa çıkarılabilir. Dolaşımı iyi olan canlı barsak uçları karın dışına açığa çıkarılacaktır. Mümkün olduğunca geride fazla barsak dokusu bırakılmaya çalışılacaktır. Gerekirse karın içine sıvı birikimini önlemesi açısından diren yerleştirilecektir. Karında yapılmış olan kesi dikişlerle kapatılacaktır.

### İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Dolaşımı bozulan barsak kısmı çıkarılarak kalan barsakların dolaşımı korunmuş olacaktır. Ölüm riski ortadan kaldırılarak hastalığın tedavi edilmesi amaçlanmaktadır. Ameliyatın yapılmaması durumunda enfeksiyon sebebiyle hasta kaybedilebilir. Bununla birlikte barsakların tamamına yakınının dolaşımı bozularak ölüm kaçınılmaz bir sonuç olacaktır. Ancak ameliyat yapılsa bile hastalık devam ederek hastada enfeksiyonun ilerlemesi sonucu ölüm görülebilir.

### İşlemin alternatifleri

Bu hastalığın tanısı erken dönemde konulursa medikal tedavi ile düzelebilmektedir. Ancak daha sonraki dönemlerde tekrar cerrahiye ihtiyaç duyulabilmektedir.

### İşlemin muhtemel komplikasyonları

- Bu ameliyatta çevre organların yaralanma ihtimali yüksektir. Bununla birlikte önemli damar yaralanmaları görülebilir.
- Ameliyat esnasında öncesinde almış medikal tedaviye bağlı olarak karaciğerin kanlanması bozulmuş olabilir. Bu nedenle karaciğere sert bir müdahalede bulunulmamalıdır.
- Ameliyat esnasında kanama durumunda kan takviyesi yapılması gerekebilir.
- Ameliyat sırasında tıbbi personelin yanlışlıkla çocuğunuzun kanı ile doğrudan teması olursa, kan yoluyla bulaşan hastalıklara yönelik test yapılması gerekecektir.
- Kesi yerinde iltihabi akıntı gelişebilir. Bu akıntının kesideki dikişlerin açılarak boşaltılması gerekebilir.
- Ameliyatı izleyen günlerde barsakların normal çalışma düzenine dönmesi birkaç gün alabilir.
- Ameliyat sonrası takip sürecinde çocuğun yoğun bakıma alınması gerekebilir.
- Ameliyattan sonraki dönemde karın içinde yapışıklıklar gelişerek barsakların normal çalışmasında sorun olabilir. Buna bağlı barsak tıkanıklığı gelişebilir. Bu nedenle çocuğun tekrar ameliyat olması gerekebilir.
- Ameliyat sonrası geç dönemde barsaklarda daralma görülebilir. Takibinde tekrar safralı kusma, karın şişliği, kaka yapamama ve genel durum bozukluğu görülebilir. Bu nedenle tekrar ameliyat olması gerekebilir.
- Ameliyat sonrası dönemde karın bölgesinde kesi yapılan yerde fıtıklaşmaya bağlı şişlik görülebilir. Bu nedenle tekrar ameliyat olması gerekebilir.

### Tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:

- Ameliyattan sonra sorumlu doktorun gerek gördüğü süre boyunca çocuğunuz hastanede yatacak ve antibiyotik tedavisi alacaktır.
- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyat sonrası dönemde ağızdan veya burundan mideye ilerletilen tüp, barsaklar çalışana kadar kalacaktır. Sıvı desteği ve antibiyotik tedavisine devam edilecektir.
- Ameliyatta barsaklar karın duvarına açığa çıkarılmışsa bununla ilgili bakımlar size anlatılacaktır.
- Ameliyat sonrası dönemde gerekirse kan takviyesi yapılacaktır.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ve/veya antibiyotik ilaçlar önerilecektir.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz söylenecektir.
- Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir.

### İşlemin Tahmini Süresi:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 60-120 dakika olup ameliyatın seyrine ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

### Tıbbi Yardıma Ulaşım:

Tedaviniz veya girişiminizle ilgili tıbbi desteğe ihtiyacınız olduğu durumlarda 444 0 373 nolu telefonu arayarak mesai içinde kendi hekiminiz mesai dışında acil hekimi ile görüşebilirsiniz.

**RIZA**

Hekimim tarafından bana yapılacak olan .....işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı ve bunları aklım başımda olarak anladım. Bana verilen **2 sayfalık Nek/İntestinal Perforasyon Ameliyatı Rıza Belgesi** 'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime sorular sordum ve tüm düşüncelerimi kendisine ilettim, aldığım cevaplar karşısında ikna oldum. Bilgilendirme sonucunda yeterli olarak aydınlatıldım. Ameliyatın/ cerrahi girişimin/ riskli işlemlerin yapılmasına, tedavi sırasında gerekir ise ek girişim veya kan ve kan ürünlerinin kullanılmasına **İZİN VERİYORUM.**

**Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız:**.....

**Hasta Adı Soyadı:**..... **İmza:**..... **Tarih:**...../...../..... **Saat:**.....

**Hasta Yakını Adı Soyadı:**..... **İmza:**..... **Tarih:**...../...../..... **Saat:**.....

**Yakınlık Derecesi:**.....

**Hastadan Rıza Alınamayıp, Hasta Yakınından Rıza Alınma Nedeni:**

- Hastanın bilinci kapalı  Hasta 18 yaşından küçük  Hastanın karar verme yetkisi yok  
 Acil  Diğer

**HEKİM**

Hastanın şikayeti, tetkikleri, muayene bulguları sonucu koymuş olduğum tanıyı ve nedenini, önerilen tedavi içeriğini, amacını ve başarılı olma şansını, avantajları ve risklerini, tedaviye ve hastaya özel riskleri\* varsa alternatif tedavi yöntemlerini, tedavi sonuçlarını, tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri, hastaya açıkladım ve bilgilendirme formunun hastaya verdim. Hasta / hasta yakınları tarafından, tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım.

\*Tedaviye ve hastaya özel riskler ( varsa ) :

**Hekimin Adı Soyadı:**..... **İmza:**..... **Tarih:**...../...../..... **Saat:**.....

**TERCÜMAN ( Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise )**

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim Görüşme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmiştir.

**Tercüme Yapanın**

**Adı Soyadı:**..... **İmza:**..... **Tarih:**...../...../..... **Saat:**.....