

SERVİKAL ÖZEFAGOSTOMİ 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.

Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:

1.Çocuğunuzda uzun aralıklı/fistülsüz özofagusatrezi vardır. Mevcut durumu geciktirilmiş primer onarıma müsait olmadığından özofagusreplasman tedavisine kadar hastanızın tükürük drenajı için özofagostomi açmak gerekmektedir.

2.Koroziv madde alımı sonrası özofagusunda darlık gelişen ve dilatasyon programından fayda görmeyen hastalarda replasman tedavisine kadar olan sürede tükürük drenajı amacı ile özofagostomi açmak gerekmektedir.

İşlemin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı:

Hastanıza özofagostomi (yemek borusunun boyun bölgesinden cilt ile ağızlaştırılması) ameliyatı yapılacaktır. Hastanızın ameliyatı genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanedeyapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ve ağrı kesici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır. Böylelikle hem ağrı hissetmeyecek hem de geçirdiği ameliyatla ilgili olarak kötü anıları olmayacaktır. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:

Hastanıza sol/sağ servikalözofagostomi (uç/yan) açılacak. Hastanıza uygun pozisyon verildikten sonra sağ veya sol tarafından klavikulanın (köprücük kemiği) yaklaşık 1 cm üzerinden yaklaşık 2 cm'lik kesi yapılarak özofagusa (yemek borusu) ulaşılır. Uç ve ya yan şekilde özofagus cilde ağızlaştırılır.

İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Mevcut hastalığı özofagusunu kullanmaya engel olduğundan dolayı tükürük salgısının drenajını (dışarı akmasını) sağlamak amacı ile hastanıza özofagostomi açmak gerekmektedir. Bu sayede tükürüğü dışarı akacak ve akciğerlerine tükürük aspirasyon riski azalacak ve akciğer enfeksiyonu riski azalacaktır. Özofagusreplasman ameliyatına kadar zaman kazanılacak ve çocuğunuz akciğer enfeksiyonu ve solunum sıkıntısından korunacaktır.

İşlemin alternatifleri:

Cerrahi dışında alternatif tedavisi yoktur.

İşlemin muhtemel komplikasyonları

- Cilt irritasyonu
- Tükürük kaçağı
- Yumuşak doku enfeksiyonu
- Rekurren laringeal sinir hasarı (ses tellerinin zarar görmesi)
- Ameliyata bağlı ölüm riski düşüktür
- Açılan özofagostomi zamanla daralabilir. Ve bunun için tekrar ameliyat olması gerekebilir.
- Ameliyat esnasında karotis (boyundaki büyük atardamar) arterde ve soluk borusunda yaralanma olabilir.
- Atelektazi ve pnömoni; Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir. Bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
- Operasyon sırasında vücudunuza verilen pozisyona bağlı olarak operasyondan sonra kas ağrıları olabilir.
- Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarıklık veya ağrılı olabilir.

Ameliyat sonrası hastanın izlemi ve dikkat edilmesi gereken özellikler:

- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyattan sonra sorumlu doktorun gerek gördüğü süre boyunca (1-5 gün arası veya daha uzun) çocuğunuz hastanede yatacak ve antibiyotik tedavisi alacaktır.
- Hastanız ameliyat sonrası 3-6.saatte gastrostomisinden beslenmeye başlayacaktır. Hastanede kalış süresi mevcut hastalığı ve hastanın genel durumu ile ilişkilidir.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ilaçlar önerilecektir.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz (genellikle 1-2 gün sonra) söylenecektir.
- Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir.

İşlemin Tahmini Süresi:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 45-60 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 olanişleminin 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 Servikal Özofagostomi Ameliyatı Rıza Belgesi**'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime 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 Alınmayıp, 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 anlaşılmuştur.

Tercüme Yapanın

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