



Doküman Kodu:	HD. RB.468	İlk Yayın Tarihi:	03.03.2022	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 3
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Sayın hasta / yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları/bir kısmını reddetmek, kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :

PLANLANAN TEDAVİ/İŞLEM :

İŞLEMİ YAPACAK HEKİM ADI/SOYADI :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

Burun içerisinden elde edilebilecek malzeme yetersiz ya da eksik ise bu malzemeyi kulaktan ya da daha çok kostal kartilaj dediğimiz kaburga kemiğinden elde edilir. İster kulak arkası kıkırdaktan ister kaburgadan alınan kıkırdak olsun bunların yeniden şekillendirilerek buruna yeni bir iskelet kazandırmak ilk cerrahiye göre daha bir meşakkatli iştir ve tabii ki ilk cerrahiye göre daha uzun bir ameliyat ve daha uzun bir iyileşme süreci olacaktır.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Burnun dış kısmının şekli düzeltilerek ve burnu içeriden ikiye ayıran septum denilen parça düzeltilerek hastanın daha rahat nefes alması hedeflenir. Bu düzeltme amacıyla kaburga kıkırdaklarınızdan veya kulak kepçesi (aurikula) kıkırdaklarından parça alınır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Burnun dış kısmındaki şekil bozukluğu ve burundan nefes alma problemi devam edecektir. Alınan kaburga greftine bağlı akciğer sönmesi-atelektazi riski, Cilt enfeksiyonları olabilir.

İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Burun tıkanıklığını gidermeye yönelik sprey tedavileri kullanılabilir. Ancak bu ilaçlar mukozal problemleri gidermesine rağmen anatomik olarak burun tıkanıklığına neden olan, burnun dış ve iç kısmındaki eğriliği gidermeyeceğinden çözüm olmayabilir.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Dıştaki yaraların anormal iyileşmesi (anormal skar oluşumuna bağlı)
- Burnun içindeki yapışıklıklar veya skar dokusu oluşumu ileride başka bir ameliyat gerektirebilir.
- Dudağın üst kısmında ve/veya üst ön dişlerde his kaybı
- Burnun içindeki ortadaki ince duvarda (septum) delik oluşabilir. Bu genellikle büyük sorun yaratmaz. Bazen ısıklık sesi, kabuklanma, kanama yapabilir. İleri ameliyat gerekebilir.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

İşlem öncesinde ve sonrasında dikkat etmeniz gereken hususlar konusunda doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuzun bilgilendirme yapacaktır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

İşlemin Tahmini Süresi ortalama 3-4 saat sürebilmektedir. Ancak hastanın burun yapısına ve yapılacak ameliyatın özelliğine göre ameliyat daha erken veya geç sonlanabilir.



Doküman Kodu:	HD. RB.468	İlk Yayın Tarihi:	03.03.2022	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

Doktorunuz önerdiği ilaçları kullanma talimatına uygun bir şekilde kullanınız. İlaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz. **Telefon:** 0850 811 3400

Tıbbi araştırma: Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin/işlemin amacı, nedenleri ve faydaları, riskleri, komplikasyonları, alternatifleri ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

BHT CLINIC İstanbul Tema Hastanesi'nde görmüş olduğum tedavi neticesinde çıkabilecek hukuki ihtilaflarda Türk Hukukunun uygulanmasını, İstanbul Mahkemelerinin yetkili olmasını kabul ediyorum.

Hasta

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

İmzaRızanın Alındığı Tarih / Saat

...../...../..... :.....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hasta / yasal temsilcisi

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

İmzaRızanın Alındığı Tarih / Saat

...../...../..... :.....

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim tarafından dolduracak):

.....

.....



Doküman Kodu:	HD. RB.468	İlk Yayın Tarihi:	03.03.2022	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 3
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Yukarıda ismi yazılı hastaya/ yasal temsilcisine tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi/işlem, bu tedavinin/işlemin amacı, nedeni ve faydaları, tedavi/işlem sonrası gereken bakım, tedavinin/işlemin riskleri ve komplikasyonları, tedavinin/işlemin alternatifleri, tedavi/işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/ yasal temsilcisi , tedaviye/işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Tedaviyi/İşlemi Uygulayacak Hekim

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı:.....

...../...../..... :.....

Unvanı :.....

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

...../...../..... :.....

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetlerinizde veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta Hakları Birimine, geceleri ise Süpervizör/Gece İdari Amirine başvurabilirsiniz.

*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu rıza (onam) belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.