

DERMOİD KİST (YÜZ BÖLGESİ) 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.

İşlemin nasıl ve kim tarafından yapılacağı:

Çocuğunuz dermoid kist nedeniyle ameliyat olacaktır. 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. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:

Çocuğunuzda dermoid kist vardır. Dermoid kist vücutta farklı yerlerde olabilir. Dermoid kist kapalı bir şekilde gelişen anorm al bir kitledir. İçinde saç, sinir, kemik ve yağlı dokular bulunabilir. Fizik muayene ile teyit edilmesi tanı için yeterlidir.

Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:

Çocuğunuza açık cerrahi girişim yapılacaktır; dermoid kist cerrahi olarak çıkarılması gereken bir durumdur. Bu amaçla kist bölgesinden küçük bir kesi yapılarak mevcut kitle çıkarılacaktır. Aksini gerektiren bir durum olmaması durumunda bu tip ameliyatlar günü birlik cerrahi sekinde yapılır. Yani ameliyattan önce veya sonra çocuğunuz hastanede geceleme üzere yatırılmaz.

İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Çocuklardaki dermoid kist kendiliğinden düzelmez. Ayrıca ameliyatın yapılmaması durumunda kistin büyümesi ve enfekte olması söz konusudur. Böyle bir durumda tedavisi daha uzun sürmekte ve zorlaşmaktadır. Kist çıkarılsa dahi nüks ihtimali söz konusudur.

İşlemin Alternatifleri:

Dermoid kist cerrahi olarak çıkarılması gerekir. Tedavi alternatifi yoktur.

İşlemin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar nelerdir?

Ameliyat bölgesinde yara izi (skar) kalabilir.

Ameliyattan sonra ameliyat bölgesinde şişlik görülebilir. Bu durum geçicidir. Ameliyat bölgesinde kanama veya kan birikmesi (hematom) oluşabilir.

Ameliyat bölgesi enfekte olabilir (mikrop kapabilir).

Dermoid kist tekrarlayabilir. Bu durumda çocuğunuzun tekrar ameliyat olması gerekecektir. Kist tekrarladığı için yapılan ameliyatlar ilk kez yapılan ameliyatlara göre daha uzun sürer ve istenmeyen sonuç gelişme olasılığı artar.

Bazı çocuklarda ameliyat sonrası uzun süren ağrı olabilir.

Ameliyat sırasında tıbbi personelin yanlışlıkla çocuğunuzun kanı ile doğrudan teması olursa, kan yoluyla bulaşan hastalıklara yönelik test yapılması gerekecektir.

Hastaya özel durumlar (Konjenital kalp hastalığı, metabolik hastalık, prematürite, diyabet vb):**İşlemin Tahmini Süresi:**

Ameliyatın süresi normal şartlarda 20-30 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:

Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.

Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ve/veya antibiyotik ilaçlar önerilecektir. Genellikle bu ilaçların 1-2 gün süreyle kullanılması yeterli olacaktır.

Yüz bölgesinde iz kalmasını azaltacak krem önerilecektir. Bu krem 30-45 gün arasında kullanılacaktır.

Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz (genellikle 1-2 gün sonra) söylenecektir. Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir.

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 **1 sayfalık Dermoid Kist 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 Belgesi Alınmayıp, Hasta Yakınından Rıza Belgesi 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 anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

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