

**DİL ALTI BAĞI 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:**

Çocuğunuza ameliyat ile "dil altı bağı kesilmesi" işlemi uygulanacaktır. Bu ameliyatta hastanın dili damağına doğru kaldırılıp dil altındaki bağ koterizasyon denilen işlemle kesilecektir. Ameliyat sedasyon anestezisi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Sedasyon anestezisi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza sedatif ilaçlar ve maske ile sevofluran gaz verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır ve fizik muayene sırasında hastanın dilini dışarı çıkarmadığının gösterilmesi ile konulur.

**Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:**

Çocuğunuzda dil altı bağı ile uyumlu bulgular mevcuttur. Bu hastalıkta dilin altında bulunan ve dilin ağız dışına çıkışını engelleyen bağlar kesilecektir. Hastalığın tanısı aileden alınan öykü ve fizik muayene sırasında hastanın dilini dışarı çıkarmadığının gösterilmesi ile konulur.

**Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:**

Hastanın dil hareketlerini engelleyen dil altı bağı bipolar koterizasyon ile koterize edilecektir.

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

Cerrahi tedavi ile hastanın dil hareketleri normale dönmesi ve hastanın konuşmasında düzelme beklenmektedir.

**İşlemin Alternatifleri:**

Ameliyatsız tıbbi tedavisi yoktur.

**İşlemin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar nelerdir?**

- İşlem sonrası enfeksiyon gözlemlenebilir.
- Kanlanması zengin bir bölge olmasından dolayı ameliyat sonrası kanama gözlemlenebilir.
- Ameliyatta yeterli miktarda koterizasyon yapılmamış olabilir. Buna bağlı hasta daha sonra tekrar koterizasyon için ameliyat edilebilir.
- Mevcut konuşma bozukluğu tamamen düzelmeyebilir.

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

Ameliyatın süresi normal şartlarda 10-15 dakika olup ameliyatın seyrine ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

**Tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:**

- Ameliyattan sonra sorumlu doktorun gerek gördüğü süre boyunca çocuğunuz hastanede yatabilir. Genellikle işlemden 2-3 saat sonra hastalar taburcu edilir.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici önerilecektir.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz söylenecektir

**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 **1 sayfalık Dil Altı Bağı 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 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 anlaşılmıştır.

**Tercüme Yapanın**

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