

ANAL FİSTÜL AYDINLATILMIŞ RIZA (ONAM) BELGESİ

Hasta Adı-Soyadı :	Tarih ve Saat:
Protokol No:	Telefon No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu “ANAL FİSTÜL yani MAKATTA ANORMAL YOL GELİŞMESİ DURUMU” tanısı koyan doktorlarımızın tedavim için “Fistül ameliyatını” önerdiler.

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu bilgiler ışığında serbest iradenizle ile tedaviniz hakkında karar vermeniz uygun olacaktır. İstedığınız anda tedavi kararınızdan vazgeçebilirsiniz. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınımıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız. Bu ameliyatı yapabilecek diğer sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Fistül, anal kanal ve dıştaki cilt dokusu arasında bir kanal oluşmasıdır. Fistül kabaca, anüsden bir iki cm uzakta olan, cilt içine yerleşimli, ağrılı şişkinlik ve akıntılara neden olabilen kanal şeklinde oluşumlara denir. Anal fistül genellikle, anal apsenin devamı gibidir, anal apsenin kronikleşmiş hali de denebilir. Anal fistüllerin yarısından fazlası, anal apseye sekonder gelişir. Fistül, apsenin cilde veya başka bir boşluğa boşalmasına rağmen geride bıraktığı boşluğun tam olarak iyileşmemesine bağlı olarak gelişir. Zaman geçtikte bir tünel halini alır ve enfeksiyonu devam ettirir. Bu tünelin iç ve dış olmak üzere iki tane ağzı vardır, iç ağız makatta dentate line çizgisinde, dış ağız makat çevresi ciltte bulunur. Cerahat birikimi zaman zaman akıntıya neden olur. Anal fistülde, anal travma, anal cerrahi ve crohn hastalığı da diğer risk faktörleridir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?: Fistülü olan hastalar sfinkterlerin zarar göreceği korkusuyla uzun süre doktora başvurmadan yaşamlarını devam ettirmeye çalışırlar. Fistül bu durumda, yıllar içinde dallanıp budaklanarak gelişmeye ve yayılmaya devam eder, tedavi gittikçe zorlaşır. Bölgede sürekli devam eden iltihabi süreç, kanserleşmeye kadar gidebilir. Sürekli iltihaplı akıntı olması nedeniyle de, anüs civarında mantar gelişir, anal bölgede sürekli kaşıntı olur.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir): Tedavideki ana ilke bağırsak (birincil ağız) ile deri arasında (ikincil ağız) gelişmiş olan tüneli (fistül) ortadan kaldırmaktır. Genellikle fistülün iç ve dış ağızlarını birleştiren bir kesi veya “*fistülotomi*” yapılması tercih edilir. Bu işlem sırasında makat bölgesini kontrol eden kasların bir kısmı da kesilir. Fistülün dışkıyı kontrol eden kas (dış makat kası, eksternal anal sfinkter veya istemli kas) ile fazla ilişkisinin olduğu belirlenirse, bu durumda aşamalı onarım tercih edilerek, işlem ikinci bir ameliyat ile pekiştirilebilir. Dışkıyı tutmaya yarayan dış kas liflerini kesmek gereği varsa, bu halde “*seton işlemi*” tercih edilir. Seton işlemi tünelin iç ve dış ağızlarının bir ip, naylon veya bir lastik ile birleştirilmesi ile gerçekleştirilir. Bu işlem ile fistül devamlı açık kalarak dışarıya sürekli boşalır ve böylelikle makat apsesi gelişmez ve dışkıyı tutmaya yarayan dış kas liflerinin yaralanmaması avantajını getirir. Daha komplike vakalarda mukoza kaydırma yöntemi gibi tekniklere başvurulması gerekebilir. Ayrıca,

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

ameliyat sırasında makat bölgesine markain, bupivakain gibi bölgesel anestezi maddeler enjekte edilir ve böylelikle ameliyat sonrasında hastanın ağrısı belirgin şekilde azaltılmış olur ve böylelikle ağrı kesici ilaçların gereksiniminde belirgin azalma olmaktadır. Fibrin yapıştırıcı tekniği ve tıkaç tekniği ya da lazer gibi ameliyatsız uygulanabilir diğer fistül tedavi yöntemleridir. Yapan doktor ve kurumlar araştırılabilir. Makat fistülü olgularında % 6-13 oranında kendiliğinden kapanma gerçekleşebilir.

Ameliyat süresi değişken olmakla birlikte yaklaşık 20 dk ile 1 saat arasında değişmektedir. Ameliyatınıza kliniğimizin doktorlarından en az bir tanesi girecektir. Doktorunuzdan ameliyat tipi hakkında bilgi alabilirsiniz. Bu ameliyatı yapan başka doktor ve sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi.

Sık görülebilen yan etkiler-komplikasyonlar (istenmeyen olumsuz sonuçlar):

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziyeye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda başağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

2. Ameliyat sırasında ve sonrasında derin toplardamar sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğere pıhtı atmasına (emboli) yol açabilirler. Bu ameliyatta emboli riski pratik olarak yok denecek düzeyde olduğu için herhangi bir ilaç ile önlem alınmayacaktır.

3. Ameliyatta makatı büzen kaslardan birisi kesilebilir. Bu nedenle % 20 dolaylarında geçici (birkaç haftalık) hafif gaz ve/veya dışkı kaçırma, % 1-2 dolaylarında da kalıcı gaz ve/veya dışkı kaçırma riski söz konusu olabilir.

4. Akıntı yolu kesilemezse seton denilen ip yola geçirilip bağlanabilir. İp burada uzun süre kalabilir. Tedaviniz uzayabilir.

5. Bu hastalık tekrar edebilir. Tekrar ameliyat gerekebilir.

6.....

7.....

8.....

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Kliniğe kabul edilmenizi takiben doktorlarınız tarafından dosyanız hazırlanacak ve gerekirse tekrar muayene edileceksiniz. Bu esnada doktorunuzun sorduğu sorulara lütfen eksiksiz cevap veriniz. Anestezi doktoru size hangi yöntemin uygulanacağı, bunların riskleri konusunda buna benzer ayrı bir form verecektir. Anestezi açısından ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve hemen ameliyat sonrasında dikkat etmeniz gerekli noktalar size anestezi doktorları tarafından anlatılacaktır Ameliyattan önceki en az 6 saat ağızdan katı gıda almamış olmalısınız. Sizden beklenen özellikle kullandığınız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın pıhtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi vermeniz, ameliyathaneye gitmeden önce tuvaletinizi yapmanız, ameliyata giderken üzerinizdeki tüm metal ve diğer takı ve malzemeleri çıkarmanızdır. Ameliyat kararı verildikten sonra ameliyathanenin müsaitlik durumuna göre ameliyata alınacaksınız. Bir süre kliniğinizde bekleyebilirsiniz.

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Ameliyattan hemen sonra ameliyat odası ve ayılma odasında bir miktar kalacaksınız. Bu noktalarla ilgili açıklamalar anestezi doktorları tarafından yapılacaktır. Ameliyattan sonra hemen yemek yeme ihtiyacı hissetmeyeceksiniz. Ağrı ve diğer gereksinimleriniz için doktorlarınız tarafından uygun ilaçlar verilecektir. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız. Aklınıza takılan durumlar için hemşire ve doktorunuza başvurabilirsiniz. Spinal anestezi uygulandı ise ilk idrarınızı yapmakta zorlanabilirsiniz. Bu durumda geçici olarak bir sonda yardımı ile idrarınız alınacaktır. Doktorunuz muayene ve diğer bulgularınıza göre ne zaman sıvı ve katı gıda alabileceğinizi size söyleyecektir. Ameliyat sonrası dönemde doktor ve hemşirenizin izin verdiği en erken zamanda ayağa kalkıp dolaşmalı ve solunum egzersizi yapmalısınız.

Taburculuk gününüz durumunuza göre belirlenecektir. Hastaneden ayrılmadan hangi ilaçları kullanacağınızı, ne zaman kontrole geleceğinizi ve dikişlerinizi ne zaman alacağınızı size söyleyecektir. Eğer bu size söylenmezse lütfen doktorlarınızı uyarınız.

- Hastalığım dışındaki yandaş hastalıklarım ile ilgili bana bilgi verildi. Bu yandaş hastalıklarımın ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrasında bana oluşturabileceği olumsuzluklar ayrıntılı şekilde anlatıldı.
- Ameliyat sonrası patoloji raporumu takip etmem ve sonucu ile polikliniğe başvurmam konusunda bilgilendirildim.
- Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı. Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşamayacağı bana bildirildi.
- Tüm hastane veri ve kayıtlarımın; kan ve doku örneklerimin bilimsel çalışmalar için kullanılmasına izin veriyorum.
- Ameliyat anında önceden bilinmeyen bir patoloji saptandığında tamamen benim lehime olarak doktorlarıma operasyon stratejisini değiştirme ve uygulama izni veriyorum.
- Ameliyatıma klinik uzman doktor ve asistan doktoru girebileceği gibi gereklilik halinde başka doktorların da ameliyatıma girmesi için çağrılabilmesi konusunda tarafıma bilgi verildi.
- Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum. Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.
- Tedavim için uygulanacak olan tıbbi ve cerrahi işlemlerin tamamını kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

AYRICA

Doktorum tarafından, bana amaçlanan tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, istenmeyen sonuçlar (komplikasyonlar), beklenmedik durumlar ve oluşabilecek sorunlar, tedavim süresince oluşabilecek değişiklikler ve iyileşmem esnasında yaşayabileceğim olaylar açıklandı ve bunları kabul ediyorum. Ayrıca doktorum ile tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi seçeneklerini, yararlarını, istenmeyen sonuçlarını, risklerini, beklenmedik durumlarını ve tedavi olmamam durumunda gelişebilecek olayları konuştuk, sorularıma yeterli cevap verildi ve bu konularda tarafıma yeterli bilgilendirme yapıldı. Yapılacak tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında veya sonrasında doktorumun önceden tespit edilemeyen bir şey bulması veya gelişmesi durumunda, doktorumun bana yararlı olacağına karar vereceği ek veya değişik tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi uygulamalarına ve gerekli göreceği konsültasyonlar ile ilgili doktorların yapabileceği müdahalelere izin veriyorum. Bu tedavinin ve uygulanacak tetkik/girişim/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını, ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini ve beklenmedik durumları, oluşabilecek istenmeyen sonuçları ve riskleri bilerek kabul ediyorum.

Doktoruma, tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında diğer hekimler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sağlık çalışanları, stajyer doktor, intörn doktor ve

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM. İMZA

sağlık eğitimi alanlar tarafından yardım (asiste-destek-birlikte çalışma) edilebileceği, tedavimde bu kişilerin de yer alabileceği konusunda bilgilendirildim ve kabul ediyorum.

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ya da Tıp Fakültelerinde sağlık alanında, eğitim ve araştırmaların yapıldığını biliyorum. Bu nedenle hastanede sağlık, eğitim ve araştırmasına yönelik olarak tarafıma yapılacak olan tüm müdahalelere ve yasal mevzuata uygun olarak yapılan bilimsel çalışmalara bilğim ve onayım dâhilinde katılacağım. Tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri sırasında eğitim ve bilimsel amaçlı olarak, kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydıyla, hastalığım ile ilgili bilgilerin kullanılmasına, fotoğraf ve video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum.

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçlar bana ait olmak üzere; uygulanması planlanan veya uygulanan tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemlerini

reddetme veya durdurma hakkım olduğu, bu işlemleri reddetmem veya durdurmam durumunda tedavisiz kalmam neticesinde doğacak sonuçlar tarafımıza anlatıldı.

Ameliyat öncesinde kan bankasında yasal mevzuata uygun olarak hazırlanan ve bana verilmesi uygun olan kanların, tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında kullanılmasını onaylıyorum. Kan kullanılması durumunda oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim.

Hastane tarafından yasal mevzuat içerisinde sağlanan alet-cihaz, iyileştirici malzeme ve ilaçların tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemlerinde kullanılmasını kabul ediyorum.

(Sadece kadın hastalar için) Eğer hamile isem doğmamış çocuğumun öncelikle radyolojik işlemler olmak üzere tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri süresince bir risk taşıdığı hakkında bilgilendirildim. **Adet gecikmesi yada hamilelik durumum yoktur.**

Hastane/servis kurallarına ve görevlilerin uyarılarına uyacağım. Hasta haklarını tanımlayan 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği tarafıma bildirildi. Aynı şekilde hasta hakları ve sorumlulukları hakkında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan metinlerin, hastane bölümlerinde panolarda bulunduğu da tarafıma bildirildi.

4207 sayılı kanun gereği hastane içerisinde sigara içmeyeceğim. Güvenliğim ve sağlığım açısından teras, çatı ve balkonlara çıkmayacağım, pencere ve korkuluklardan sarkmayacağım. Görevlilerin bilgisi dışında hareket etmeyeceğim, yer değiştirmeyeceğim, yatağımdan, odamdan, servisten ve hastaneden ayrılmayacağım, ilaç kullanmayacağım, gıda maddeleri almayacağım. Hastanede görevli olmayan şahıslara itibar etmeyeceğim. Kamu malı olan, hastaneye ait yapılara, sistemlere, cihazlara, demirbaşlarına, ilaç ve sarf malzemelerine zarar vermeyeceğim, kasti zararlar durumunda yasal sonuçlarımı kabul ediyorum.

Aşağıda bulunan imzam, bu formun ön ve arka yüzünde bulunan tüm bilgileri okuduğumu, anladığımı ve tarafıma anlayacağım şekilde anlatıldığını, sorduğum ve öğrenmek istediğim tüm sorulara anlayacağım şekilde cevap verildiğini teyit etmektedir.

.....
.....
.....
.....
.....

<u>Hasta Kimlik Bilgileri</u> Hastanın Adı Soyadı : İmza : Tarih :/...../..... Saat:	<u>Bilgi Veren ve İşlemi Uygulayan</u> Doktorun Adı Soyadı: İmzası: Tarih:/...../..... Saat:
<u>Hasta vâsiinin adı soyadı:</u> İmza: Tarih:/...../..... Saat:	<u>Varsa Çevirmen ve İmzası :</u> Tarih:/...../..... Saat:
	<u>Sahidin Adı Soyadı ve İmzası :</u> Tarih:/...../..... Saat:

- * Yasal Temsilcinin Onam Verme Gerekçesi: Yaş Küçüklüğü (18 yaş altı) Bilinci Kapalı Akıl Sağlığı Yerinde Değil
* Hastanın okuma yazması yoksa bir yakınıyla birlikte anlatılıp, yakını tarafından imzalanacak, kendisinde parmak basacaktır.
* Onam belgesinin tüm imzaları tamamlandıktan sonra bir nüshası hasta/hasta yakınına verilmelidir.

Onam Belgesini Teslim Alan Hasta/Hasta yakını
Adı-Soyadı:
İmza: