

DESMOİD TUMÖR AYDINLATILMIŞ
RIZA (ONAM) BELGESİ

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

1. BİLGİLENDİRME

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu “DESMOİD TUMÖR-Agressif Fibromatozis” tanısı koyan doktorlarım tedavim için “KİTLENİN ÇIKARTILMASI” 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 yakınınıza 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. Bu ameliyatı yapabilecek diğer sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi. Bu ameliyatın kapalı yöntemle de yapılabileceği hakkında bilgi verildi.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Desmoid tümörler, yavaş büyüyen, bölgesel olarak büyüme eğilimi gösteren ve uzak organlara sıçrama yapmayan yumuşak doku tümörlerinden birisidir. Vücutta herhangi bir iskelet kasında ortaya çıkabilir. Tüm tümörlerin %0.03’ünü oluşturmaktadır. En sık karın duvarı kaslarından kaynaklansalar da daha nadir olarak kol, bacak, karın içi, baş-boyun bölgesi kas yapılarından da kaynaklanabilmektedir. Bazen desmoid tümörü taklit eden başka tümörler de görülebilir (fibromatozis, endometriyozis, lipom,sarkom gibi). Bazen ailesel kolon polipleri (FAP) ile giden Gardner Sendromu olan hastalarda görülebilmektedir. Bu yüzden doktorunuz ameliyat sonrası size kolonoskopi önerebilir. Genellikle tümörde iğne ile biyopsi alınarak (tru-cut) tanı konulsa da kesin tanı kitlenin çıkarıp patolojiye gönderilmesinden sonra konulur. Cerrahi tedavi sonrası %50 nin üzerinde tekrarlama oranları bildirilmiştir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?: Kitlenin çıkarılmaması durumunda yavaş büyüyen tümörler oldukları için büyüdükçe uygulanacak ameliyatın büyüklüğü de artmaktadır. Hatta hayati organları içine alması durumunda cerrahi olarak çıkarılması mümkün olmaya bilir. Sonuçta organ kayıpları, hatta ölüm görülebilir. Kansereleşme riski büyük tümörlerde çok çok nadir de olsa olabilmektedir. Kozmetik bozukluk yapabilir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir):

Bu tümörlerin bilinen en iyi tedavi yöntemi cerrahi olarak çıkarılmalarıdır. Tümörle beraber bir miktar sağlam doku da nüks-tekrar olasılığını azaltmak için güvenlik şeridi olarak çıkarılır. Böylece tümör çıkarımı sonrası oluşan doku kaybı tümörden daha büyük olacaktır. Eğer doğrudan dikişlerle kapatılamayacak kadar geniş bir yara oluşursa çevreden doku çevirimi veya sentetik yama (mesh) kullanılması gerekebilir. Cerrahi olarak çıkarılsalar da radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve antiinflamatuvar tedavi de cerrahi tedavi ile birlikte kullanılabilir. Cerrahiye uygun olmayan ya da cerrahi istemeyen hastalarda radyoterapi uygulanabilir. Ya da kriyoablasyon denilen dondurma işlemi

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

uygulanabilir. Ancak tekrarlama görülebilir. Ameliyat süresi değişken olmakla birlikte yaklaşık 45 dk ile 3 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:

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 anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir.

2. Gereken tüm önlemlerin alınmasına rağmen ameliyatta ya da ameliyat sonrasında damarlarda kan pıhtılaşması sonucu akciğer embolisi görülebilir. Bu çok ciddi bir durum olup ölüm riski mevcuttur.

3. Ameliyat sonrası içeriye ya da dışarıya kanama olabilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.

4. Enfeksiyon görülebilir. Ameliyat sonrası karın içinde, akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında, yarada iltihaplar gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler.

5. Organ yaralanması görülebilir. Tümör karın içindeki organlara yapışmış olabilir. Bu durumda organlar birbirlerinden ayrılırken bazı bölgelerde yaralanmalar olabilir ve bu durum ek girişimler (organların bir bölümü ya da tamamının alınması gibi) gerekebilir. Böyle bir durumda birbirine ağızlaştırılan ya da yaralanan bağırsak bölümleri arasındaki bağlantı kendiliğinden açılabilir ve peritonit ve/veya fistüllere yol açabilir. Bu durum hayati tehlike yaratabilir, tekrar ameliyat gerektirebilir, yoğun bakım tedavisi gerektirebilir ve ölüme sonuçlanabilir. Ayrıca böyle bir durum gerçekleştiğinde yapılacak ameliyatta **bağırsağın torbaya alınması** da söz konusudur.

6. Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle bağırsağın torbaya bağlanması gerekebilir. Ameliyat sonrasında bağırsaklar geç çalışabilir ve hastanın ağızdan beslenmeye başlaması gecikebilir. Ameliyatta ince ve kalın bağırsak, dalak, pankreas, böbrek, üreter, mesane gibi organ yaralanmaları olabilir ve buna bağlı ek girişimler gerekebilir.

7. Fıtık tamirinde kullanılan yamaların bazı çeşitleri hayvansal içeriklidir. Doktorunuzdan bilgi alınız.

8. Kitle çıkarıldıktan sonra oluşan doku kaybı fıtık oluşmaması için sentetik yama kullanılarak kapatılacaktır. Bu yama yabancı cisim reaksiyonuna ve iltihaplara yol açabilir. Tekrar ameliyat, yamanın çıkarılması ve fıtığın tekrarlaması riskleri mevcut olduğu gibi ameliyattan sonraki uzun dönemde konulan yamanın bağırsakları yaralama, delme ve fistüllere yol açma riski mevcuttur. Dikkat edilmediği takdirde fıtık toluşabilir, yeniden ameliyat gerekebilir. Kötü yara iyileşmesi yara enfeksiyonu görülebilir. Özellikler bu risk şeker hastalığı yada kilolu yada sigara içen yada kanser hastalığı olan hastalarda daha fazladır. Kötü yara izi kalabilir.

10. Tekrarlama-nüks ihtimali vardır. İkinci bir ameliyat gerekebilir.

11. Kötü huylu tümörün, ameliyat esnasında mevcut olabilecek, tıp biliminin bugün kullandığı tanı metodlarıyla tespit edemeyeceği kadar küçük uzak organ sıçramaları, zaman içinde büyüyerek hastanın ölümüne sebep olabilir. Ameliyat esnasında tümörün çıkarıldığı yerde, gözle veya elle tespit edilemeyecek kadar küçük tümör parçaları ameliyattan çok uzun süre sonra bile **büyüyerek hastalığın lokal nüksüne-tekrarlamasına** ve tekrar ameliyat olmasına yol açabilir..

12. Çıkarılan tümörün patoloji laboratuvarında incelenmesinden sonra tümör konseyinde görüşülerek radyoterapi ve kemoterapi gibi bazı ek tedavilerin, tümörün lokal nüksü ve uzak sıçramaları olasılığını azaltabileceği için uygulanmasının yararlı olacağı kararı verilebilir. Bu ek tedavilerin uygulanmasını hasta

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

kabul ettiği takdirde bu tedavilerle ilgili olası komplikasyon ve riskler uygulayıcı radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji ekiplerinin sorumluluğunda olup, bunlarla ilgili geniş bilgi tedaviden önce ilgili dal hekimlerince verilecektir.

13. Girişime bağlı olarak üreme organlarında kalıcı değişiklikler ortaya çıkması ve bunun üreme yeteneğini veya cinsel işlevleri geçici ya da kalıcı olarak ortadan kalkması gerçekleşebilir.

14.....

15.....

16.....

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.

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 kullanacağını, ne zaman kontrole geleceğiniz ve dikişlerinizi ne zaman aldıracağını 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 geliştii 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 çağrılabilceği konusunda tarafıma bilgi verildi.
- Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek

OKUDUM, ANLADIM, BANA OKUNDU ANLATILDI KABUL EDİYORUM.İMZA

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/televi/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/televi/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/televi/ameliyat ve anestezi uygulamalarına ve gerekli göreceği konsültasyonlar ile ilgili doktorların yapabileceği müdahalelere izin veriyorum. Bu tedavinin ve uygulanacak tetkik/girişim/televi/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/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında diğer hekimler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sağlık çalışanları, stajyer doktor, intörn doktor ve 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 bilgim ve onayım dâhilinde katılacağım. Tetkik/tıbbi müdahale/televi/ameliyat ve anestezi işlemleri sırasında eğitim ve bilimsel amaçlı olarak, kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydıyla, hastalığıma 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.**

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 sonuçlarını 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 veya yakınının adı soyadı:</u> İmza : : Tarih:/...../..... SAAT:	<u>Varsa Çevirmen ve İmzası :</u> Tarih:/...../..... <u>Sahidin Adı Soyadı ve İmzası :</u> Tarih:/...../.....

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

- * 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.