

**ANESTEZİ BİLGİLENDİRME ONAM (RIZA) FORMU**

**1-HASTANIN MEVCUT DURUMU**

ACİL CERRAHİ ELEKTİF CERRAHİ

**2-** **ÖNERİLEN İŞLEM :**

**Planlanan anestezi yöntemi aşağıda açıklanmaktadır.**

**SEDASYON -ANALJEZİ**

Damar yolu ya da kas içine sakinleştirici, ağrı kesici ve yapılan işlemi hatırlamayı engelleyici ilaçlar verilerek uykulu bir hale gelen hastada gerekli tanı ve tedavi amaçlı işlemler yapılır.

**GENEL ANESTEZİ**

Cerrahi işlem sırasında ağrı duymanızı, hareketlenmenizi önlemek ve şuur kaybı elde etmek için kullanılır.

Doktorunuz olarak tıbbi özgeçmişinizi gözden geçirip, hangi ilaçların size uygun olduğuna karar verdim. Olası solunum tüpü kullanımı ile ilgili sizi bilgilendirdim. (Solunum tüpü, solunumunuzu sağlamak amacıyla boğazınızdan solunum yoluna yerleştirilen tüptür). Bunlara ilave olarak doktorunuz olarak size ek işlem ve ilaç kullanma gereği duyabilirim. Şuurunuzu kaybettiğiniz dönemde doktorunuz olarak yanınızda bulunur ve solunum, kalp hızı, tansiyon, vücut ısınız gibi tıbbi durumunuzu yakından takip ederim. Cerrahi işlem süresince uygun anestezi düzeyinde kalmanızı sağlar. Işlem bittiğinde ise şuurunuzu kazanmanız, yani uyanmanız için size çeşitli ilaçlar uygulayacağımı bilmenizi isterim. Solunum tüpü takılmış ise ve çıkartılmasında bir sakınca yoksa, işlem sonunda tüpü çıkartacağım. Genel anestezi ve sedasyon sonrasında Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi'ne alıp sizi takip edeceğim.

**3-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Planlanan işleme göre tahmini süre değişkendir.

**4- İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR VE BAŞARI OLASILIĞI**

Planlanan cerrahi işlemin uygulanmasını sağlayacak anestezi yönteminin sağlanmasıdır.

**5-İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI**

Doktorunuz olarak bana, kullandığınız ilaçlar hakkında bilgi vermeniz, tıbbi özgeçmişiniz ve varsa anestezi deneyiminizi anlatmanız çok önemlidir. Aksi takdirde bunlar anestezi sırasında ve sonrasında komplikasyonlara neden olabilir.

Nadiren alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Bu nedenle alerjiniz veya astımınız varsa beni bu konuda mutlaka bilgilendirin. İşlem sırasında ve sonrasında kullanılan lateks ürünler; cilt temizleme ürünleri, sargı ve bantlar, anestezide kullanılan ilaçlar, lokal anestezikler ve diğer ilaçlara karşı alerji ve duyarlılık gelişebilir. Bu hayatı tehdit eden ciddi bir durumdur.

Ameliyat pozisyonu verilirken ve hasta nakil sırasında oluşabilecek tramvalar serum yolu kullanımında oluşabilecek komplikasyonlar olabilir. Anestesiye bağlı laringospazm, alerji ve buna bağlı, eksitus, post operatif dönemde boğaz ağrısı, akciğer komplikasyonları pnömoni, atelektazi, sepsis, kanama kardiyovasküler problemler, oluşabilir.

Kas veya damar içine enjeksiyon yapılmışsa, iğne giriş yerinde enfeksiyon, abse, kanama, şişlik, kızarıklık, hematom , flebit, tromboz veya skar oluşabilir.

Anestezi sırasında solunum tüpü kullanmayı gerekli görmüşsem geçici boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ağız ve diş haşan meydana gelebilir.

Anestezi sonrası ameliyat süresi ile bağlantılı olarak sinir basısına bağlı vücudunuzun belli noktalarında karıncalanma, hissizlik, ağrı ve uyuşma olabilir.

Uzun ameliyatlarda sonda takmam ya da idrar torbanızı bosaltmam gerekebilir. İdrar yapmada güclük, yanma olabilir.

Anestezi sonrası bulantı, kusma, baş. Kas ve sırt ağrıları, geçici idrar yapamama, genel yorgunluk hissi, şuur bulanıklığı görülebilir.

Akciğer enfeksiyonu, inme, kalp krizi ve ölüm anestezi sırasında veya sonrasında gerçekleşebilir. Ancak bu risklerin olasılığı çok düşüktür,

Anestezi, karar verme yetilerinizi 48 saate kadar etkileyebilir. Bu dönemde alkol, reçete edilmemiş ilaçlar, araba ve dikkat gerektiren cihazlar kullanmamalısınız. Sizin ve aileniz için ciddi kararlar vermemelisiniz.

Ameliyat sonrasında engellemeye çalışmamıza rağmen ağrınız olabilir.

Genel anestezinin oldukça nadir komplikasyonu malign hipertermidir, Malign hipertermi sonucu böbrek ve diğer organlarda hasar, inme, kalp krizi, ciddi fonksiyon kaybı ve ölüm gelişebilir. Malign hipertermi için duyarlılığın genetik geçişli olduğuna inanılmaktadır, ancak bir bireyin risk altında olup olmadığını önceden bilmek mümkün değildir. Bu nedenle aile bireylerinden biri anestezi ile iligili bir problem yaşamışsa doktorunuz olarak bana söylemeniz çok önemlidir.

Tıbbi durumunuz ve planlanan cerrahi ile ilgili riskleriniz, kazancınız veya yapılacak işleme alternatifleriniz bulunabilir. Doktorunuz olarak bu riskleri sizinle tartışacağız.

**6-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

 1-Cerrahi işlemin ertelenmesi.

 2-Başka bir anestezi yöntemine geçilebilir.

**7-VARSA İŞLEM ALTERNATİFLERİ**

Tıbbi durumu doğrultusunda gerekli görüldüğünde anestezi tekniği anestezi doktoru tarafından değiştirilebilir.

**8- SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ**

Beslenme, uyku düzeni ve mobilite açısından doktorunuz olarak önerilerimizi alarak bunlara uymanız gerekir.

**HASTANIN ONAYI**

Tedavimden sorumlu olan hekim tarafından,

* Hastalığım ve şu anki tıbbi durumum hakkında bana detaylı bilgi verildi.
* Sorduğum sorular ayrıntılı olarak ve açıklayıcı şekilde yanıtlandı.
* Hastalığım ve tıbbi durumunu anladım.
* Hastalığım ve tıbbi durumuma uygun tedavi seçenekleri, olası komplikasyonlar, başarı şansı, tedavi sürecinde karşılaşabileceğimiz durumlar tarafıma açıklandı ve sorularım cevaplandı.
* Önerilen tedavi ve işlem planı ayrıntılı olarak tarafıma anlatıldı.
* Tedavi/cerrahi/işlemi kabul etmemem halinde karşı karşıya kalabileceğim durumlar açıklandı.
* Cerrahi/işlem sırasında planlananın dışında ameliyatın gereği olarak benden; başka bir alanda kullanılmak üzere (greft veya flep denilen), patolojik inceleme ve/veya fazlalığı eksiltme için doku ve organ alınabileceğini anladım.
* Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
* Yukarıdaki bilgilerin hepsini okudum ve bu bilgilerden başka birçok sözlü bilgi verildi. Ben de bugüne kadar geçirdiğim hastalıkları, ameliyatları, kullandığım ve kullanmakta olduğum ilaç ve maddeleri, kendimle ve ailemle ilgili tüm gerekli bilgileri doktoruma söyledim.

 **BANA ANLATILAN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN UYGUNLANMASINI KABUL EDİYORUM. AYRICA BU FORMDA TANIMLANANLAR DIŞINDA YAPILACAK HER HANGİ BİR İLAVE GİRİŞİMİN, YALNIZCA SAĞLIĞIMA YÖNELİK CİDDİ ZARARLARIN ÖNLENMESİ VE YAŞAMIMIN KURTARILMASI İÇİN UYGULANABİLECEĞİNİ ANLIYOR VE KABUL EDİYORUM.**

**\* BİLGİLENDİREN HEKİM \*YETİŞKİN HASTA**

Kaşe: Adı Soyadı:

İmza: İmza:

Tarih: Tarih:

Saat: Saat;

**\*\*ERGİN OLMAYAN KİŞİ**

Adı Soyadı:

İmza : Tarih : Saat:

**\*Yetişkin hasta:** 18 yaş üstü olan veya 18 yaş altı olmakla birlikte evlenme yada mahkeme kararı ile ergin kılınmış kişi.

**\*\*Ergin olmayan kişi:**18 yaş altı olan ve evlenme yada mahkeme kararı ile ergin kılınmamış kişi. Ebeveynler boşanmışlarsa velayeti olan veli tarafından imzalanır. Aksi söz konusu değilse anne ve baba aynı anda imzalar.

**\*\*\*Karar verme kapasitesi kısıtlı kişi:** Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle oluşan zihinsel kısıtlılığın varlığına ancak resmi sağlık kurulu raporu ile karar verilir mahkemece yasal temsilci atanır.

 ( ) Kendi kişisel isteğimle tarafıma uygulanacak tedavi/cerrahi/işlem hakkında bilgilendirilmek istemiyorum ve yapılacak işlemin sonuçlarını kabul ediyorum.

**AD SOYAD İMZA TARİH /SAAT**

( ) Kendi kişisel isteğimle planlanan işlem/cerrahi/tedavi hakkında .......................................................adlı kişinin bilgilendirilmesini talep ediyorum.

**HASTA AD SOYADI**

**İMZA**

**TARİH/SAAT**