

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

Hasta Adı Soyadı :

Doğum tarihi:

T.C. Kimlik No :

Doğum yeri:

Cinsiyeti :

Protokol No:

Adres :

Telefon :

## Sayın Hastamız / Hasta Vekili/ Kanuni Temsilcisi,

*Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.*

*Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge sizi tedaviniz sırasında uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirmek ve bu uygulamaların gerçekleştirilmesi hususunda onayınızı almak için hazırlanmıştır.*

### 1- Onam (Rıza):

**1.1.** Biz ..... hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen özgür irademizle hastamızın başvuru sebebi olan yakınmalarını değerlendirmek, gerekli gördüğü muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun gördüğü uygulamaları serbestçe yapmak üzere ..... Hastanesi'ni Hemşire, Ebe ile diğer Sağlık Teknisyenlerini, Asistan ve Uzman Doktorları ile birlikte ..... **Kliniğini / Kliniklerini yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyoruz.**

**1.2.** Doktorlar bize, sağlık durumuyla ilgili olarak ..... İfade edilebilecek bir rahatsızlık olduğunu anlatmış olup bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak bunun ne olduğu, sebepleri, rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi alternatifleriyle, teşhis ve tedavi işlemleri sırasında karşılaşılabilecek beklenen ve beklenmeyen, az ya da çok tehlikeli ihtimalleri saymışlar, bizi bilgilendirmiş ve rızamız olup olmadığını sormuşlardır. Biz tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğini anlayıp, idrak ve kabul ediyoruz.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

**1.3.** İlk başvuruda, hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak anlatılanlar, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcıların, farklı tanılara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, hatta farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyoruz, idrak, rıza ve talep ediyoruz.

**1.4.** Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak her türlü teşhis ya da ameliyatlara da dahil tedavi uygulamalarının gerekli görülmesi halinde tamamlanamayabileceğini veya birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlara halinde yapılabileceğini ya da hiç uygulanamayabileceğini biliyor ve onaylıyoruz.

**1.5.**Yapılacak uygulamaların, hastamızın sağlığı ile ilgili tüm patolojileri/hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, hastane ve doktorlar tarafından bu başvuruda bulunmamıza sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğumuz ya da olmadığımız her türlü hastalık ya da patolojik durumum/hastamızın durumu için tam şifa garantisi verilmeyeceğini; uygulamalar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan yeni teşhis ya da tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyoruz, idrakindeyiz, kabul ediyoruz.

**1.6.** Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, v.b. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerji, kısa ve uzun dalgalı ışınımın hastamızın maruz kalabileceğini, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik ya da uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanmalarını onaylıyoruz.

**1.7.** Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil erken ya da geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyor, idrak ve rıza gösteriyor, ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyoruz.

**1.8.** Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında hastamıza uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurilik anestezisi ya da genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudün herhangi bir uzvunun ya da sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümü içerdiğini biliyoruz. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyoruz.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

**1.9.** Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak hastamızın vücuduna, vücudun bir başka yerinden organ ya da doku parçalarının alınabileceğini; ya da vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik v.b. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini ya da beklenen fonksiyonları göstermeyebileceklerini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyoruz, bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyoruz.

**1.10.** Hastamızın tedavi olmaması durumunda karşılaşılabileceği her türlü sonuç bize anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her türlü işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğimiz kansızlık/anemi, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma/enfeksiyon, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde ya da ameliyat yerinden uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku ödemi, sara krizi, geçici ya da kalıcı organ ya da sistem fonksiyon bozukluğu, iflası veya ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceği bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin hem hafif rahatsızlık, kesi-ponksiyon bölgesinde uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe/skar izi ya da kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu kafada, kollarda ya da bacaklarda ya da vücutta şekil bozukluğu, ameliyat yada fonksiyon yerinden beyin suyu gelmesi, baş ağrısı yada uzun süreli/kronik ağrı, ses teli felci sonucu geçici yada kalıcı ses kaybı, yüz, kaş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar yada büyük abdest kontrolü ile ilgili yada kişilikle ilgili geçici yada kalıcı fonksiyon kaybı, bir doku yada fonksiyon kaybı, bir doku yada organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme yada ömür boyu ilaç yada hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması ve uygulamalar sırasında pozisyonlamaya bağlı kısa yada uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

**1.11.** Hastamızın sağlığıyla ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ yada dokunun yada görüntülerinin yada bunlardan üretilecek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına kullanılmasına, yok edilmesine yada üretilmesine itiraz hakkımız olduğunun bilincinde olarak yetki ve onay veriyoruz.

**1.12.** Yukarıda anlatılan genel şartlara ilaveten, özellikle hastamızın hastalığına ve tedavisine ilişkin ek olarak düzenlenen özel aydınlatılmış onam formunda zikredilmemiş diğer risk ve tehlikeli durumlar bize açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup idrak ettik, kabul ediyoruz.

**1.13.** Bu yazılı belgenin tamamını net bir şekilde okuduk/okuma bilmediğimiz için anlaşılır bir şekilde bize okundu/tercüme edilerek bize izah edildi. Gerek başvurumuz sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken hastamızın sağlık durumu ile ilgili olarak bize her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı ve bu belgede yazılı olanlar ve sorularımıza aldığımız cevaplar ile bize, hastamızın sağlığı ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademizle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyoruz.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

2- Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, bana uygulanacak girişimiyle ilgili olarak aşağıda verilen ayrıntılı bilgi açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimizi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

## 2.1. Önerilen tedavinin içeriği:

Ağır şekilde hasarlanmış, hastalıklı veya artık fonksiyonel olmayan uzvun tamamı veya bir kısmının kesilerek vücuttan uzaklaştırılması işlemidir.

## 2.2. Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı:

Yapılacak tedavinin amacı çeşitli hastalıklar veya geçirilen travma sonucu uzuvda meydana gelen doku ölümü ve/veya geçmeyen enfeksiyonun genel olarak sağlığınıza vereceği zararları ortadan kaldırmaktır. Vücutta enfeksiyonu tetikleyen veya damarların yapısının bozulmasına neden olan ilerleyici bir hastalık olmaması durumlarda genelde tam tedavi sağlanmaktadır.

## 2.3. Önerilen tedavinin avantajları ve riskleri:

Yapılacak tedavinin en önemli avantajı uzuvda meydana gelen doku ölümünün veya enfekte alanın sağlığınıza bozmasının engellenmesidir. Her cerrahi girişim risk taşır. Özellikle yaşlı, eşlik eden bir çok hastalığı olan kişilerde amputasyon, riskleri olabilen bir ameliyattır.

### Riskler:

- Sık rastlanmasa da operasyon sırasında ya da sonrasında kanama, deri altında kan toplanması veya deri altında sıvı toplanması görülebilir. Ameliyattan sonra aşırı kanama deniyle hastaya kan verilmesi gerekebilir. Aşırı kanama nedeniyle hastanın kaybedilme riski dahi vardır.
- Aşırı gerginliğe, enfeksiyona ve dolaşım bozukluğuna bağlı oluşabilir. Genellikle vücudu aşırı yağlı olanlarda ve işlem sonrası sigara içenlerde bu durumla karşılaşılır. Bakım, pansuman ve gerekirse yeniden dikiş atılmasını gerekebilir.
- Anormal yara iyileşmesi sonucunda belirgin nedbe dokusu oluşabilir (özellikle koyu tenlilerde).
- Yara hattında nekroz (doku ölmesi) sonucu açılma, pansuman ve bakım süresinin uzaması (Özellikle sigara ve tütün kullananlarda bu risk fazladır).
- Dolaşım bozukluğu ve drenlerin çalışmamasına bağlı olarak deri altındaki sıvı birikmesine ve bunun mikroorganizmalar için uygun bir üreme ortamı oluşturması sonucu gelişir. Antibiyotik kullanımı ve pansuman gerektirebilir. Nadiren ek cerrahi girişim gerekebilir.
- Aşırı nedbeleşme olağan değildir. Nadir vakalarda anormal izler oluşabilir. İzler çirkin ve çevre deriden farklı renkte olabilir. Anormal gelişen nedbeleşme için jeller, silikon baskı veya cerrahi gerekebilir.
- Nadir vakalarda kullanılan bantlara, dikiş malzemesine ya da sürülen kremlere allerjiler bildirilmiştir. Daha ciddi sistemik reaksiyonlar cerrahi işlem sırasında kullanılan ya da sonrasında reçete edilen ilaçlarla gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirebilir.
- Doku içinde kalmış sinir uçları nedeni ile nadiren kronik ağrı gelişebilir.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

## 2.4. Önerilen tedavinin varsa alternatifleri:

Amputasyon aşamasına kadar gelen bir uzuvun tarafımızca alternatifi olmadığı düşünülerek sizin için cerrahi kararı alınmıştır.

## 2.5. Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları:

Uygun seviyeden ve doğru zamanda cerrahi ilkelere uygun yapılan bir amputasyonun sonrası başarılı sonuçlar alınmaktadır. Fakat damar beslenmesine veya diyabet hastalığına bağlı nedenlerle yapılan amputasyonlar sonrası kesilen seviye ve üst seviyelerde tekrar doku ölümü gelişebilir. Bu nedenle amputasyon sonrası doktorunuzun tavsiyelerine tam anlamı ile dikkat etmeniz ve sistemik hastalıklarınızın takip ve tedavisine azami önemi göstermeniz istenmektedir.

## 2.6. Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar:

Reddedilmesi durumunda doku ölümü gerçekleşen uzuv kısmı çok büyük olasılıkla sağlığınıza bozacaktır ve geç kalındığında daha üst seviyeden amputasyon gerekebilecektir.

## 2.7. İyileştikten sonra beklenen büyük problemler ve normal yaşamıma ve günlük aktivitelere dönebilmem için gerekli olan süre:

Amputasyondan sonra hastanede 5-14 gün daha hasta kalır. Sorun olmadıkça pansumanlar gūnaşırı yapılır. Drenler ertesi gün çıkarılır. Yara iyileşmesini doktor iki haftada bir hastayı görerek değerlendirir. Tam iyileşme 4-8 haftada sağlanır. Yaranın ve bacağın rehabilitasyonu amputasyondan hemen sonra başlar. İlk günler gerdirmeye egzersizleri, sonra yataktan tekerlekli sandalyeye geçme, koltuk değneği kullanma eğitimleri yapılır. Sonunda kalan bacağa ağırlığını vererek yada kolun kalan kısmının fonksiyonlarını kazanarak yaşamayı hasta öğrenir. Protez yada yapay uzuv eğitimine ameliyattan sonraki 10 gün içinde başlanabilir. Ancak genelde hastaların protezi hazırlatmaları 4-6 hafta, etkin kullanabilmeleri haftalar sürebilir.

## 2.8. Tedavi sonrası sağlığınıza için istenilen yaşam tarzı ve evde bakım şekli:

Amputasyon kesisi iyileştikten ve protez kullanılabilir hale geldikten sonra nadiren sorun gelişir. Ancak damar hastalığı geride kalan damarlarda ilerlemeye ve benzer sorunlar oluşturmaya devam edebilir. Bu nedenle damar hastalığı gelişiminde rol alan riskler engellenmelidir. Öncelikle sigara bırakılmalı, gerekirse kilo kaybederek ideal kilo devam ettirilmeli, kan basıncı ve kan şekeri kontrol altında tutulmalıdır. Düzenli egzersiz yapmanız önerilir.

Uygun bir protez kullanılabilir hale geldikten sonra, hastanın normal yaşamını daha aktif olarak sürdürmemesi için hiçbir neden yoktur. Aktif olan hastalar kendilerini daha iyi hissederler.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

3-

- 3.1. Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi.
- 3.2. Hekimim sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.
- 3.3. Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.
- 3.4. Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.
- 3.5. Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.
- 3.6. Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
- 3.7. Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.
- 3.8. Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
- 3.9. Tedavi olmadımda ne olabileceğini biliyorum.
- 3.10. "Bilgilendirilmiş Onam Formu" nun ne anlama geldiğini biliyorum.
- 3.11. İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.
- 3.12. Kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
- 3.13. Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.
- 3.14. İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

4- Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

# AMPUTASYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM/RIZA BELGESİ

## DOKTORUN BİLDİRİMİ

- Kişinin durumunu, tedaviye ihtiyacını, işlemin detaylarını ve risklerini, uygun tedavi seçeneklerini ve risklerini, bahsedilen risklerin gerçekleşmesi durumunda olabilecek sonuçları
- Bu hastaya özel gelişebilecek önemli riskleri ve problemleri Hastaya / kanuni temsilciye / ebeveyne açıkladım.
- Hastaya / kanuni temsilciye / ebeveyne yukarıda belirtilen herhangi bir konuda sorular sorma imkanı sağladım ve mümkün olduğu kadar tam olarak cevapladım.
- Hastanın/kanuni temsilcisinin/ebeveynlerinin yukarıdaki bilgileri anladığı kanaatindeyim.

TARİH:

SAAT:

HEKİMİN ADI SOYADI  
KAŞE / İMZA

ONAY VEREN  
AD SOYAD / İMZA

ŞAHİT  
AD SOYAD / İMZA

VARSA ÇEVİRMEN  
AD SOYAD / İMZA