|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **APSE DRENAJI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.35** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1 /3** |

# Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi

kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına

bağlıdır.

# Genel Açıklamalar

Vücudun herhangi bir bölgesindeki cilt altı veya derin organlardaki cerhat birikimi olan apsenin sadece ilaçlarla

tedavisi genellikle başarısız olduğundan ve bu enfeksiyonlar çok hızlı seyirli olduğundan etkin tedavisi için cerrahi olarak apsenin boşaltılması tercih edilen tedavi yöntemidir. Yüzeysel apseler için genellikle abse alanının üzerindeki cilt ve cilt altı dokuları açılır ve cerahat boşaltılır. Derin yerleşimli iç organlarda yer alan apseler için bazen vücut boşlukları olan kafa, göğüs ve karın bölgesi ameliyatla açılarak organdaki derin apseye ulaşmak gerekebilir.

# Abse Drenajı Tedavisinden Beklenen Faydalar

Ameliyatta abse alanı ortaya konulacak ve uygun tedavi belirlenerek gerçekleştirilecektir.

# Abse Drenajı Tedavisinin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Uygulanmadığında enfeksiyonun kontrol edilmesi önlenemezken tüm vücuda yayılması tehdidini içerir.

# Abse Drenajı Tedavisinin Alternatifleri

Absenin tedavisi kesin olarak cerrahi olmakla birlikte nadiren sadece ilaç tedavisi ve bazen radyolojik görüntüleme yöntemleri eşliğinde ciltten abse alanına yerleştirilen dren ve stenler (Perkütan Drenaj) yardımıyla da absenin tedavisi mümkün olabilmektedir.

# Abse Drenajı Tedavisinin Riskleri Ve Komplikasyonları

* **Genel Komplikasyonlar** genel anestezi (Narkoz) alan hastalarda artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

Artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir. Özellikle uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, şişmanlık problemi olanlar ve kanın pıhtılaşma şansını arttıran ilaç kullananlarda ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven

trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir.Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç. İşlemden kaynaklanabilen ölüm. Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma. Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma. Şeker hastalığı ve hipertansiyon gibi önceden bilinen sistemik hastalığı olan hastalarda bu probleme bağlı oluşabilecek ataklar ve problemler. Kullanılan değişik kimyasal malzemelere karşı gelişen organ hasarları ve alerjik reaksiyonlara bağlı yoğun bakımda takip edilme ve hatta ölüm riski mevcuttur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **APSE DRENAJI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.35** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 2 /3** |

**İşleme Ait Komplikasyonlar** bu müdahaleler sırasında ve sonrasında en sık rastlanan sorunlar ameliyat yerinde kanama, hematom denilen kan pıhtısı birikimi, ameliyat yerinde ve çevresindeki yumuşak dokulara enfeksiyonun yayılması, akıntı veya apsenin tekrarlanması, bazen durumun müzminleşmesine bağlı abse boşluğunun kapanmaması ve fistül ya da sinüs denilen kalıcı ve enfeksiyon için müsait zemin oluşturan, tedavisi için ikinci bir operasyon gerektiren durumların oluşmasıdır. Operasyondan sonra uzun süreli antibiyotik ilaç kullanımı ve kültür sonuçlarına göre bu tedavide değişiklikler yapılması gerekebilir. Ayrıca ameliyat yerinde ağrı, yanma, var ise dren ve dikişlerin rahatsızlık hissi vermesi ve son olarak da ameliyatın tam olarak başarılı olmaması nedeniyle tekrarlanmaların olması mümkündür. Abse drenajı yapılan bölgeye komşu organlarda da yaralanmalar olabilir ve ek müdahale gerekebilir

**İşlemin Tahmini Süresi :** 30 – 45 dakikadır.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği:** Acil durumda ve mesai saatleri dışında hastanemiz acil servisine, acil durumda mesai saatlerinde ve acil olmayan durumlarda ise Çocuk cerrahisi polikliniğine müracaat edilebilir.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 322 454 44 30

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | **APSE DRENAJI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.35** | | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 3 /3** |

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:** Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı. Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı. Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

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.

Hastanın kendi el yazısı ile **(OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM)** diye yazması gerekmektedir.

**NOT**: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

**Tanık :**

Adı-soyadı:

T.C.Kimlik no:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

**Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi:**

Adı-soyadı :

T.C.Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

İmzası

İmzası :

**Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar ve umulan sonuçlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

**Tedavi eden hekim:**

Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Saat: ...:…..