

**FİBER VE/VEYA RİJİT NAZO-FARENGO-LARENGO-ÖZOFAGOSKOPI VE BİYOPSİ  
İNDİREKT LARENGOSKOPI VE/VEYA NAZOFARENGOSKOPI VE BİYOPSİ  
AMELİYATI**

**HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA) FORMU**

**Hastanın Adı, Soyadı:** **TC Kimlik No:**  
**Baba adı:** **Ana adı:**  
**Doğum tarihi:**

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Bu yazılı form, size yapılacak olan tedavi/ameliyat ve buna bağlı komplikasyonlar (ameliyat sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar, yan etkiler) hakkında temel bilgileri açıklamak için hazırlanmıştır. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve soruları cevaplayınız.

Bu form, tarafınıza sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı şeklini içermektedir ve **YASAL BİR GEREKLİLİĞİN ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE KULLANILMAK ÜZERE** hastane arşivinde saklanacaktır.

Yapılan muayene sonucunda size/hastanıza ameliyat gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz ameliyattan önce size bu belgede yazılı olan bilgileri verecek, bunun sonunda ameliyatın yapılması konusunda **SERBEST İRADENİZ** ile kararınızı vereceksiniz.

Bu formun **HER SAYFASININ** siz ve bir yakınınız tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

**1. Hastalık hakkında bilgilendirme:**

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda burun, yutak, gırtlak ya da yemek borusu bölgelerinizden birinde ya da birçoğunda olası bir hastalık açısından kontrol gerektiği ve gerekirse doku örneği alınabileceği kararına varılmıştır.

Bu işlem için planlanan ameliyatlar şunlardır:

- FİBER VE/VEYA RİJİT NAZO-FARENGO-LARENGO-ÖZOFAGOSKOPI VE BİYOPSİ AMELİYATI (kıvrılabilen ve/veya sert optik araçlarla burun-yutak-gırtlak-yemek borusu bakışı ve gerekirse doku örneği alınması)
- İNDİREKT LARENGOSKOPI VE/VEYA NAZOFARENGOSKOPI VE BİYOPSİ AMELİYATI (açılı ayna ile gırtlak ve/veya geniz bakışı ve gerekirse doku örneği alınması)

Bize başvurduğunuz şikâyetlerin kaynağının açığa çıkarılabilmesi için bu bölgelerin detaylı incelenmesi ve gerekirse doku örneği alınması amacı ile bu girişimin yapılması gerekmektedir. Bunun sonucunda bu bölgelerde normal dışı hiçbir bulgu bulunmayabilir ya da aksine bulgu bulunduğu gibi buradan doku örneği almak gerekebilir. Bu nedenle; sayılan bu bölgelerin gerekirse yüzeysel anestezi maddeleri ile uyuşturulması sonrasında ayrıntılı incelenmesi ve gerekirse doku

örneği alınması amacı ile bu girişim yapılmaktadır. Doku örneği alındığı takdirde patolojik tetkike (mikroskopla incelenmeye) alınacak ve kesin sonuç 1-2 hafta içinde size bildirilecektir. Yapılan işlem ve çıkacak sonuca göre size ek bir tetkik veya tedavi gerekmeyebileceği gibi, başka tetkikler ve tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler de gerekli olabilir.

## **2. Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde yapılacağı ve dikkat edilmesi gereken hususlar:**

Ameliyat, hastanemizin uzman veya asistan doktorları tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanemiz bir eğitim hastanesi olduğu için, ameliyatın BİR KISMI YA DA TAMAMI ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN (uzman doktor gözetiminde) GERÇEKLEŞTİRİLEBİLİR.

Tüm ameliyatlarda, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz.

Bu işlem kulak-burun-boğaz sahasında en sık yapılan işlemlerden ve belki de riski en az (en güvenilir) yöntemlerden birisidir. Sayılan bölgelere yönelik olarak içi optik sistemli boru şeklinde aletler, incelenecek bölgeye uygun yapı ve kalınlıkta olarak burun ve/veya ağız boşlukları yoluyla sokulacak ve geniz ve/veya yemek borunuza kadar ilerlenerek görsel olarak muayene edilecektir. Bu arada gerekli görüldüğü takdirde bazı doku örnekleri alınabilecektir. Bu işlem genelde ağrısız ya da çok az acı ile gerçekleşmektedir.

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttıracak ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

Ameliyat sonrasında bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan sakinleştirici, ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak refleksler geçici bir süre etkilenecektir. Bu nedenle girişimden sonra ilk 24 - 48 saat içinde istirahat edilmelidir. Ameliyattan sonra 5-7 gün süre ile bedensel yorgunluklardan ve kan basıncını yükselten aktivitelerden (örneğin, spor, jimnastik, ağır kaldırma) sakınılmalıdır.

## **3. Tıbbi müdahalenin muhtemel komplikasyonları (yan etkileri):**

Bölgesel ve genel (narkoz) anestezi esnasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

- Akciğerin küçük alanlarında ortaya çıkabilecek sönmelere/çökmelere bağlı olarak artmış akciğer enfeksiyonu riski. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük (düşük el, düşük ayak) oluşması.
- Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha fazladır.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- Anesteziden kaynaklanabilen ölüm.

- Kilolu hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Uygulanan ameliyata bağlı olarak birçok risk ortaya çıkabilir. Bu riskler:

- **Sık görülebilen yan etkiler:** Burun içi, dişeti, dişler, bademcikler ve ağız içinde hafif yaralanmalar, burun ve boğazda yanma, acıma, kan gelmesi
- **Nadir görülebilen yan etkiler:** ses kalitesinde değişiklik veya kısıklık (geçici veya kalıcı), dilde uyuşukluk (genellikle geçici), tat duyusu değişikliği, yara iyileşmesi sorunu, kanama
- **Çok nadir görülebilen yan etkiler:** Nefes darlığı, havayolu tıkanıklığı, yutma zorluğu, yara iltihabı veya kalp-dolaşım sistemi reaksiyonları gibi genel tehlikeler, koldaki veya bacadaki bir toplardamara serum takılması gibi her ameliyatta gerekli olan basit işlemler de bile çok ender de olsa gelişebilen sorunlar (damar iltihabı gibi), ses telleri veya akciğer iltihabı.

#### 4. Diğer tedavi seçenekleri:

Tarafınıza önerilmiş olan tedavi/ameliyat, hekiminiz tarafından güncel tıp literatürüne göre size en uygun seçenek olduğu için tarafınıza önerilmiştir. Diğer tedavi seçeneklerinin, en fazla fayda göreceğiniz tedaviler olmayacağı, tarafınıza önerilen alternatif tedavilerin çok geniş bir yelpaze içerisinde risk ve sonuçları olabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tarafınıza önerilen alternatif tedaviler ile ilgili olarak, söz konusu tedavi için hazırlanmış olan benzer formu talep etmenizi rica ederiz.

#### 5. Tıbbi müdahaleyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek riskler:

Tanı amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak kesin tanının gecikmesi, hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi amacı ile yapılan tedaviyi/ameliyatı reddetmeniz durumunda, bu kararınıza bağlı olarak hastalığınızın ilerlemesi ve önerilen tedavi yöntemlerinin bile etkisiz kalabileceği göz önünde tutulmalıdır.

#### 6. Kullanılacak ilaçları önemli özellikleri:

Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** ortaya çıkabilir.

Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.

#### 7. Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

## 8. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

## HEKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ

Sizden aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz:

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı?

Hayır  Evet

2. Vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı?

Hayır  Evet

3. Siz/hastanız **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin, aspirin) kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?

Hayır  Evet

Siz/Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?

Hayır  Evet  Kullanıyorsanız/Kullanıyorsa hangi ilacı? .....

4. **Alerji, astım veya aşırı duyarlılık** (Örn. flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı?

Hayır  Evet

5. **Kalp** veya **akciğer** hastalığınız var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz?

Hayır  Evet

6. Müzmin (kronik) bir hastalığınız var mı?

Hayır  Evet

7. Tiroit beziniz çok çalışıyor mu?

Hayır  Evet

8. **Yapay dişiniz** var mı? / **Sallanan dişleriniz** var mı?

Hayır  Evet

9. Son altı hafta içinde **koruyucu aşı** yapıldı mı?

Hayır  Evet

10. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin, karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı?

Hayır  Evet

11. **Bayanlar için: Hamile** olabilir misiniz?

Hayır  Evet

## HASTA, VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI

- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavinin/ameliyatın ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedaviyi/ameliyatı uygulayacak kişiler, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedaviden/ameliyattan önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- İstemediğim taktirde tedaviye/ameliyata onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya işlemi durdurabileceğimi biliyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında gerektiği takdirde kan verilmesini kabul ediyorum.
- Tanı/tedavi/ameliyat esnasında temin edilen benimle ilgili tüm dokümanların, **FOTOĞRAFLARIN** ve alınan örneklerin eğitim amaçlı olarak kullanılabilceğini anladım ve kabul ediyorum.
- Ameliyatın hastanenin uzman veya asistan doktorlarının gerçekleştirebileceği, bu hastanenin bir eğitim hastanesi olduğu, tedavinin/ameliyatın **BİR KISMININ YA DA TAMAMININ ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN (uzman doktor gözetiminde) GERÇEKLEŞTİRİLEBİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.
- Uygulanacak tedavinin/ameliyatın **MEVCUT DURUMUMU İYİLEŞTİRME GARANTİSİ OLMADIĞINI** ve hatta uygulanacak tedavi/ameliyat neticesinde **MEVCUT DURUMUMDAN DAHA DA KÖTÜ OLMA İHTİMALİM OLDUĞUNU** anladım ve kabul ediyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde **TEDAVİNİN GENİŞLETİLEBİLECEĞİNİ** ya da **O AN HAYATİ RİSK NEDENİYLE GEREKLİ GÖRÜLEN FARKLI BİR TEDAVİNİN** (nefes almam için **BOĞAZIMA DELİK AÇILMASI** dâhil) **UYGULANABİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.

**HASTA, VELİ VEYA VASİNİN**

**Adı Soyadı:**

**TC Kimlik No:**

**İmza:**

**Tarih:**

**“HASTA YAKINININ” ya da “VELİ/VASİ YAKINININ”**

(Bu ikinci kişi hastane personeli ya da hastane personeli ile yakınlığı olan bir kimse olamaz)

**Adı Soyadı:**

**TC Kimlik No:**

**İmza:**

**Tarih:**

**HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN**

**Kaşesi (Adı Soyadı):**

**İmza:**

**Tarih:**

**Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örn. tercüman)**

**Adı Soyadı:**

**TC Kimlik No:**

**İmza:**

**Tarih:**

**UYARI:**

- Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.
- Çocuk hastalarda **HER İKİ EBEVEYİNİN (ANNE ve BABANIN)** ikisinin de imzalaması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR**. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde **TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR**.