

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
TEMPOROMANDİBULER
EKLEM ARTROSKOPİSİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Dosya Numarası:

Cinsiyeti:

Telefonu:

Tanı:

Tedavi seçenekleri:

.....

.....

Lokal anestezi

Sedasyon

Genel anestezi

Tedaviyle ilişkili riskler:

- Operasyon sonrası ağrı ve şişlik
- Eklem içine verilen sıvının dokulara dağıması nedeniyle hava yolu problemleri
- Kulak önünde ya da içinde kanama
- Kulak enfeksiyonu, duyma problemleri, baş dönmesi veya kulak çınlaması
- Eklem içinde kanama
- Kafa içi perforasyon
- Eklem içinde iğnenin kırılması
- İğne veya kanül ile eklem içine girilememesi
- Kullanılan aletlerin kırılması nedeniyle açık cerrahi işlem gerekliliği
- Operasyon sonrası oluşan, ek tedavi gerektiren enfeksiyon
- Dişsel kapanışın bozulması
- Tedavinin başarısız olması, tekrar tedavi gereksinimi veya mevcut durumun kötüye gitmesi
- Yüz sinirlerinin hasarına bağlı felç ya da diğer bozuklukların meydana gelmesi
- Uygulanan ilaçlara ve lokal anesteziye bağlı hayati tehlike oluşturabilecek ve acil tedavi gerektirecek durumların gelişmesi (Kalp problemleri, sinüs aritmisi, bradikardi)
- Deri lezyonları
- Diğer

Ben Dr..... olarak hastanın kendisine/ annesine / babasına / sorumlusuna / vekiline yapılacak işlemi anlattım. Özellikle şunları belirttim. Ayrıca yapılacak işlemin neleri içerdiğini, alternatif tedavi yöntemlerinin (tedavi olmamak da dahil) faydalarını ve risklerini ve hastaya özgü diğer durumları anlattım.

1.Doktorun Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

2.Doktorun Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
TEMPOROMANDİBULER
EKLEM ARTROSKOPİSİ**

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Eğer tedaviniz önceden planlanmışsa yapılacak tedavinin yararları ve risklerinin anlatıldığı ön sayfanın bir kopyası sizde olmalıdır. Yoksa şimdi bir kopyasını alın. Başka sorularınız varsa lütfen sorun. Bu formu imzaladıktan sonra dahil ameliyata girene kadar her an fikrinizi değiştirme hakkına sahipsiniz.

1. Bu formda belirtilen tedavinin şekli ve seyrini aklım başımda olarak kabul ediyorum.
2. Genel sağlık durumumla ilgili bütün bilgileri verdim ve bu duruma bağlı olarak oluşabilecek sorunlar hakkında bilgilendirildiğimi kabul ediyorum.
3. Doktorlarımın önerilerine tamamen uymayı kabul ediyorum ve aksi durumda tedavimin başarısızlıkla sonuçlanabileceğini anladım.
4. İşlem veya tedavi sırasında çıkarılan dokular (kan dahil) teşhis ve inceleme için kullanılabilceğini ve uygun bir şekilde saklanacağını ya da atılacağını, uygun, etik, yasal ve profesyonel standartlara göre düzenleneceğini kabul ediyorum.
5. Kendi teşhis ve tedavim için gerekmeyen dokuların (kan dahil) eğitim ve genetik araştırmalar amacıyla kullanılabilceğini kabul ediyorum.
6. Her araştırmamın etik araştırma komitesi tarafından uygun bulunduğunu ve uygun etik, yasal ve profesyonel standartlarla garantilendiğini anladım.
7. Tüm araştırmaların kar amaçlı organizasyon veya şirket tarafından değil, bir üniversite veya hastane tarafından yürütüldüğünü anladım.
8. Teşhis ve tedavi amaçlı fotoğraf çekilmesini kabul ediyorum.
9. Çekilen fotoğrafların kimlik belirtmeksizin eğitim amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.
10. Tedavimi belirli bir kişinin yapacağı konusunda garanti vermediğinizi anlıyorum. Nasılsa tedavimi yapacak kişi yeterli deneyime sahip olacaktır.
11. İşlemden önce durumumun aciliyeti imkân sağladığı müddetçe anesteziyle anestezinin detayları hakkında konuşabileceğimi anlıyorum (sadece genel ve rejyonel anestezi yapılacak hastalar için).
12. Bu formda belirtilen işlemler dışında herhangi bir işlemin yalnızca hayatımı kurtarmak veya sağlığıma ciddi zarar gelmesini önlemek için yapılabileceğini anlıyorum.
13. Tedavim sırasında diğer başka işlemlerin yapılması gerekebileceği bana anlatıldı. Aşağıda iznim olmadan yapılmasını istemediğim işlemleri belirttim.

Hastanın/ Velisinin Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

.....