|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Görüşme yaptığım Dr……………………………… aşağıda ayrıntılarıyla belirtilen tıbbi duruma sahip olduğumu söyleyerek, mevcut durumuma ilişkin sözlü ve yazılı açıklamalarda bulundu:  **Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi**  Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda size/çocuğunuza/vasisi bulunduğunuz kişiye üst ve/veya alt çenede mevcut defekt nedeniyle cerrahi girişim gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz cerrahi girişim öncesinde size bu girişimin olası seyri, değişik şekilleri ve riskleri ile ilgili ayrıntılı bilgi verecek, bunun sonucunda cerrahi girişimin yapılması konusunda serbest iradeniz ile karar verebileceksiniz. Bu yazılı form size/çocuğunuza/vasisi olduğunuz kişiye yapılacak cerrahi girişim, bu girişime yönelik komplikasyonlar (girişim sırasında ve sonrasında gelişebilecek olumsuz durumlar) ve alternatif tedavi yöntemler hakkında size temel bilgileri açıklamak amacıyla hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formudur.  **GENEL BİLGİLER**  Alt ve üst çene defektleri doğumsal, edinsel ya da gelişimsel nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır. Edinsel defektler travmalar, tümöral ve kistik oluşumların cerrahi olarak çıkartılmalarını takiben oluşmaktadır. Bu tür defektlerin onarımı için vücudun çeşitli yerlerinden doku flebinin alınması gerekebilmektedir. Doku flebinin alınacağı yerin seçiminde, defekt bölgesinin devamlılığının sağlanması için gerekli olan miktar ve defektin büyüklüğü esas alınmaktadır. Yanak bölgesi ve damak bölgesi bu amaçla sıklıkla seçilen alanlardan biridir.  Bu operasyonda üst çenede/alt çenede mevcut olan defektin doku flebi ile onarımı gerçekleştirilecektir. Bu girişimde mevcut defektin olduğu bölge ağız içinden yapılacak kesiler ile açığa çıkarılacaktır. Defekt alanına konulacak doku flebini elde etmek için yanak ve damak bölgesinde kesiler yapılacaktır. Elde edilen doku flebinin defekt alanına konulması ve ağız içindeki kesilerin birbirine yaklaştırılması ile defekt tamiri sağlanmış olacaktır. Bu dokuların yerine geçen başka alternatif malzemeler kullanılabilir. Fakat bu malzemeler hastanın kendi vücudundan alınmış olan yağ dokusunun yerini tutmamaktadır.  Ameliyata ilişkin komplikasyonlar:  1. Kanama  2. Hissizlik  3. Kozmetik deformite  4. Enfeksiyon  5. Ağrı  6. Yara izi kalması  7. Yüz siniri (fasiyal sinir) yaralanması: Kulak memesinin altından yanağa doğru gelen bu sinir yüzün bir yarısına ait olan mimik kaslarını çalıştırır. Ağız içinde yapılan kesiler sırasında bu sinirin alt çene kenarına yakın seyreden dalı(marjinal mandibular dal) ve yanakta seyreden dalı (bukkal dal) yaralanabilir. Bunların sonucunda dudaklar aşağı ve dışa çekilemez. Sinir yaralanmasının ciddiyetine bağlı olarak bu durum kalıcı olabilir.  **ANESTEZİYE AİT RİSKLER:**  Anesteziye ilişkin herhangi bir soru işaretiniz varsa bunları anestezist ile görüşün.  **Bu riskler şunlardır:**  **1.** İntübasyon zorluğu ve trakeostomi gerekliliği: Anestezi için ağızdan nefes borusuna yerleştirilmesi gereken tüp yerleştirilemezse zorunlu olarak boğazın ön kısmından yapılan kesi ile bu tüpün yerleştirilmesi (trakeostomi) gerekebilir. Bu tüpün ameliyattan sonra da bir süre kalması gerekebilir ve bu tüp ile ilgili bazı sorunlar zamanla gelişebilir.  **2.** Bazı akciğer alanları sönebilir ve buralarda enfeksiyon (mikrobik hastalıklar) oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler ve fizyoterapi gerekebilir.  **3.** Bacaklarda ağrı ve şişmeye neden olan pıhtılar oluşabilir (derin ven trombozu- derin toplar damarın pıhtı ile tıkanması-DVT). Nadiren bu pıhtılardan bir kısmı koparak akciğerlerinize ve başka organlara gidebilir ve bu ölümcül olabilir.  **4.** Kalbe binen yük nedeniyle kalp krizi veya inme meydana gelebilir.  **5.** Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.  **6.** Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.  **7.** Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.  **Alternatif tedaviler:**  Ameliyat olmamaktır. Ameliyat dışı yöntemler daha az faydalı olmakla birlikte tamamen göz ardı edilemez.  **Gerekebilecek ek cerrahi işlemler:**  Komplikasyon (olumsuz durum) gelişmesi durumunda ek tedavi ve cerrahi operasyonlar gerekli olabilir. Tıp ve cerrahide kesinlik yoktur. İyi sonuçlar beklense de elde edilebilecek sonuçlar hakkında hiçbir garanti veya teminat verilemez.  **Mali sorumluluklar:**  Cerrahi için gereken masrafların hastane ve doktorun ücretini kapsayıp kapsamadığını ve ödeme şeklilerini mutlaka sorunuz. Beklenmeyen durumlar ve komplikasyonlar için ek ödemeler ve ücretlerden sorumlu olacaksınız. Cerrahi komplikasyonlar ek masrafları gerektirebilir.  **ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN VE İLİŞKİLİ DOKULARIN LOKAL DOKU FLEBİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**   1. İlgili doktordan konulan tıbbi teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım. 2. Doktorlar uygulanacak olan cerrahi işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemin yararlarını anladım. 3. Doktorlarım tarafından anlatılan ameliyata ilişkin risklerin tamamını dinledim ve anladım. 4. Tıbbi durumum,tedavi ve riskleri ile alternatif tedaviler hakkındaki sorularımı doktorumla tartıştım, sorularım ve düşüncelerime tatmin olduğum cevaplar aldım. 5. Cerrahinin gerekliliklerini tam olarak yerine getirebilmek için ameliyat öncesindeki bulguların yanında ve daha önemli olarak ameliyattaki bulgulara dayanılarak ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak anlatılandan daha geniş cerrahi girişim yapılma zorunluluğu oluşabileceği ve bende daha fazla sekel kalabileceği belirtildi. 6. Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum. 7. Ameliyat sırasında organ ve dokuların çıkarılabileceği, bunların analiz amaçlı bir süre saklanacağı ve sonrasında hastane tarafından atılacağı konusunda bilgilendirildim. 8. Ameliyat sırasında hayati tehdit edici olaylar gelişebileceği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim. 9. Ameliyat sırasında fotoğraf ve video görüntlerinin alınabileceği ve bunların daha sonra sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılabileceğini biliyorum. 10. Ameliyatın durumunun daha iyiye yada daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım. 11. Ameliyat sırasında veya sonrasında ya da anestezi sırasında önceden bilinemeyen durumların ortaya çıkması halinde yukarıda anlatılanların dışında işlemlerin gerekebileceğini anladım. Bu durumda yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarının gerekebilecek uygulamalara karar vermeleri ve yapmalarını ve ayrıca onların uygun göreceği ilgili dallardaki uzmanların cerrahi girişime katılmalarını onaylıyorum. Yukarıdaki bilgilerin hepsini okudum ve bu bilgilerden başka birçok sözlü bilgi verildi.   TARAFIMA YAPILAN SÖZLÜ VE YAZILI AÇIKLAMALARDAN TATMİN OLDUĞUMU BELİRTİRİM. YAPILACAK OLAN TEDAVİ VEYA AMELİYATA, DAHA SONRA ÇIKABİLECEK DURUMLARDA YAPILACAK TÜM TEDAVİLERE, YUKARIDA LİSTENENEN MADDELERE VE AYNI ZAMANDA BANA YAPILAN SÖZLÜ ve YAZILI AÇIKLAMALARA KENDİMDE OLARAK VE İRADEMLE ONAY VERİYORUM VE BEN BU TEDAVİYİ İSTİYORUM.  **Hastanın adı: İmza: Tarih:**  **Vekil ve yakınlık derecesi**  Dr……………………………………………............................................olarak,   * Hastanın durumunu * Tedaviye ihtiyacı olduğunu * Tedavi yöntemi ve riskleri * Tedaviyle ilgili seçenekler ve riskleri * Bu riskler gerçekleştiğinde olası sonuçları * Hastaya özel risk ve problemleri hastaya anlattım.   Dr…………………… olarak hastaya / vekile yukarıda bahsedilen noktalarla ilgili sorular sorma, diğer düşüncelerini tartışma, fırsatı verdim ve mümkün olduğunca hepsini cevapladım. Hasta / vekilin yukarıdaki bilgileri anladığını düşünüyorum.  **Doktorun Ünvanı Adı Soyadı:**  **İmza: Tarih/Saat:**   |  |  | | --- | --- | | **HAZIRLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** | **ONAYLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** | |