

**ORTA KULAK AMELİYATLARI  
(TİMPANOPLASTİ ve MASTOİDEKTOMİ) ve  
TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN  
HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ**

1.

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME:**

Tarafınıza timpanoplasti / mastoidektomi (Kulaktaki hastalığın giderilmesi ya da kulak zarındaki deliğin tamiri; gerekirse ve mümkünse işitmenin iyileştirilmesi) ameliyatı yapılması planlanmıştır. Hastalığınız orta kulak bölgesini kapsamakta olup hem kulak zarınızın delik olması, hem de zaman zaman tekrarlayan akıntılar nedeniyle sizin için bir tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca, bu hastalık işitmenizde de önemli bozulmalara neden olmuş bulunmaktadır. Bu hastalığınızın bu safhada ilaçla kalıcı olarak iyi olması olası değildir.

**2-İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR**

Timpanoplasti ameliyatında kulak zarındaki delik tamir edilir, mastoidektomi ameliyatında kulak arkasındaki havalı hücreler inatçı enfeksiyonu temizlemek için freze ile açılır ve temizlenir. Bu ameliyatlar birlikte ya da ayrı yapılabilir, ya da birinden diğerine geçilebilir. Bu arada işitmenin de düzeltilebilmesi açısından, mümkün olduğu takdirde, gerek autogreft (sizden temin edilen kas, kas zarı, kıkırdak, kıkırdak zarı, damar, cilt gibi dokuların nakli ile); gerek homogreft (başka kişilerden temin edilmiş kulak kemikciklerinin nakli ile); gerekse de allogreft (suni maddelerin kullanılması ile) kapsamda onarımların yapılması söz konusu olabilir.

**3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

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. Önerilen bu müdahale yapılmadığı takdirde hastalığınızın kalıcı düzelmesi mümkün olamayacağı gibi, hastalığın yaratabileceği bazı riskler de bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları Menenjit, Beyin abseleri, sinüs tromboflebiti (kafa için toplardamarların iltihabı), Yüz felci, Denge sorunları, İşitmenin tam kaybı, kulaktaki iltihabın orta kulaktan kafa içine ya da kafatası dışına yayılması gibi çoğu çok ciddi ya da hayati önemde olasılıklardır.

**4-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

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-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI**

**A.ANESTEZİ**

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz ile görüşünüz.

Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

**B.UYGULANACAK İŞLEMLERİN GENEL RİSKLERİ**

a) Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.

b) Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.

c) Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.

d) İşlemden kaynaklanabilen ölüm.

e) Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

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

**C.AMELİYATIN RİSKLERİ**

Aşağıdaki bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır:

a) **Kanama:** Ameliyat sonrasında kulak içinde veya yara çevresinde kanama oluşabilir.

b) **Enfeksiyon:** Ameliyat sonrasında yara yerinde iltihap gelişebilir. Bu durum ameliyatın başarısını olumsuz yönde etkileyebilir.

- c) Kulak zarının tamirinde başarısızlık olabilir ve tekrar operasyon gerekebilir.
- d) Kalıcı ve geçici kulak çınlaması(tinnitus) veya baş dönmesi olabilir.
- e) **Yüz siniri felci:** Yüz siniri, kulak ameliyatı yapılan bölgenin yakınından geçtiği için operasyon sonrasında geri dönüşümlü veya geri dönüşümsüz yüz sinir felci olabilir.
- f) **İşitmenin düzelmemesi:** Operasyon sırasında kulak zarındaki yırtığın başarılı tamirine rağmen işitmede düzelme olmayabilir.
- g) Tad duyusunu alan sinirin yaralanmasına bağlı tad değişiklikleri olabilir.
- h) Kesi yerinde anormal skar dokusu (normal dokudan kalın,kırmızı renkte) gelişebilir ve bunun için tekrar operasyon gerekebilir.
- i) Kulak kepçesi etrafında geçici veya kalıcı his kaybı olabilir.
- j) Kısmi veya tam (total) işitme kaybı gelişebilir.
- k) Kafa içi komplikasyonlar nadirdir.(beyni saran zar ve beyin etrafındaki damarlar zedelenebilir,enfeksiyon ve kanama gelişebilir.)

#### **6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

2 saat ve 6 saat arasında değişmektedir

#### **7-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

- Antibiyotik: Ürtiker (kurdeşen), yüzde, göz ve ağız çevresinde şişlik ,kaşıntı, ciltte kızarıklık ve döküntü, solunum sistemi problemleri (nefes darlığı, öksürük, göğüs sıkışması) toksik epidermal nekrolizis (hayatı tehdit eden cilt döküntüsü), anafilaksi (hayatı tehdit edecek derecede üst hava yolunun tıkanması, solunum durması, ciddi hipotansiyon).
- Lokal anestetik: Ağız çevresinde uyuşmalar, huzursuzluk-sersemlik hissi, metalik tat, bulantı, kusma, kulak çınlaması, nistagmus, tremor, konvülsiyon, solunum durması.

#### **8-HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR**

- Ameliyattan önceki gece saat 24:00 dan itibaren yeme içmenin kesilmesi gerekmektedir. Buna engel bir durum varsa sorumlu hekimi ile iletişime geçmelidir.
- Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan ve burundan kan gelmesi durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.
- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
  - İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
  - Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
  - Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
  - Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
  - Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
  - İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

**Lütfen ameliyatla ilgili metni aşağıdaki kutucuğa el yazınızla yazınız ve imzalayınız.**

1. Doktorlarım hastalığımın tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak tarafıma gerekli bilgileri verdi.
2. Doktorlarım hastalığımın tedavisi için aşağıda sunulan (sayfa 2) cerrahi/müdahalenin uygulanmasını önerdiler. Bu prosedürün bana sağlayacağı potansiyel yararlar ve bu prosedürün taşıdığı muhtemel riskler tarafıma açıklandı ve ben bunları anladım.
3. Önerilen prosedürün yapılması halinde oluşabilecek muhtemel riskleri anladım. Bu riskler bana açıklandı ve ben bunların önemini öğrendim. Bunlar aşağıda (sayfa 2) sunulmuştur.
4. Cerrahinin yapılacağı bölge (cerrahi alan) ve taraf bana açıklayıcı şekiller eşliğinde anlatıldı.
5. Bir cerrahi işlem sırasında doktorların ameliyat seyri ve başarısı ile ilişkili olarak bazı ek müdahaleler yapması gerektiği konusunda bilgilendirildim. Benim ameliyatım sırasında da herhangi bir ek müdahale gerekmesi halinde, Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesinde çalışan doktorlarıma ve yardımcı personeline gerekli izni veriyorum.
6. Aşağıda sunulmuş olan cerrahi/müdahaleye ve genel, lokal veya sedasyon anestezi uygulanmasına bağlı risklerin dışında bazı riskler bulunduğu konusunda bilgilendirildim. Bunların başlıcaları; kanama, enfeksiyon, diş kaybı, ağız, boğaz veya ses telleri hasarı, sinir veya göz hasarı, ilaç reaksiyonu, solunum problemleri, kardiyak arrest, beklenmeyen riskler, kalıcı işgücü kaybı veya ölüm. Bu riskleri bilerek önerilen ve gerekli ek cerrahilerin yapılmasına rıza gösteriyorum. Bunların yanısıra doktorlarım veya anestezi hekimi tarafından gerekli olduğu düşünülerek kullanılacak tüm ilaç, anestetik veya sedasyon analjeziklerin uygulanmasını kabul ediyorum.
7. Önerilen cerrahiye alternatif olabilecek tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirildim. Önerilen cerrahinin yapılmasını tercih ediyorum ve bunu kabul ediyorum.
8. İleri tanı ve buna bağlı tedavimin planlanması için uygulanacak cerrahi sırasında çıkarılan dokularımın saklanması, korunması, ve gerekli inceleme veya analizlerin yapılması konusunda Manisa Celal Bayar Üniversite Hastanesi doktorlarına izin veriyorum.
9. Hastalığımın tanı ve tedavisinde katkıda bulunacak tüm doktor, hemşire, teknisyen, sağlık personeli ve yardımcılara izin veriyorum.
10. Tıp ve cerrahi pratiğinin kesinlikler içeren bir bilim olmadığını biliyorum. Önerilen cerrahi/müdahalenin başarı şansı konusunda bilgilendirildim, ancak cerrahi/müdahalemin başarısı konusunda söz veya garanti verilemeyeceğini biliyorum. Uygulanmasını kabul ettiğim bu cerrahi/müdahale için de şahsıma/yakınlarıma böyle bir söz veya garanti verilmemiştir

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

**Hastanın veya Yakınının**

Adı- Soyadı :  
Tarih-Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza :  
Yakınlık Derecesi:

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

**İŞLEMİ YAPAN (Hekim)**

Adı – Soyadı :  
Kaşe / İmza :  
Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_