

**NEFES BORUSUNA DELİK AÇILMASI / DIŞARIYA AĞIZLAŞTIRILMASI AMELİYATI
(TRAKEOTOMİ / TRAKEOSTOMİ) ve TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER
İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ**

1-HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Yaşamınız için temel ihtiyaç olan hava ve oksijen alabilmeniz için, gırtlığınızdaki veya çevre yapılarıdaki tıkanıklığı aşmak / size solunum desteği verebilmek / akciğerlerinizi ve alt havayollarınızı temizleyebilmek amacı ile bu girişimin yapılması mutlaka gerekmektedir. Bazen çok acil olarak hemen (yapılabilecek her yerde), bazen de planlı olarak uygun koşullarda ameliyathanede uygulanabilir. Bu girişim hastalığınızın kesin teşhisi ve/veya tedavisi amacı ile değil, sadece mutlak ihtiyacınız olan havayı size sağlamak için yapılmaktadır. Hayatınızın devamlılığı sağlandıktan sonra temel hastalığınıza yönelik diğer tetkik ve tedaviler daha sonra size bahsedilecektir. Ameliyat mümkünse genel anestezi altında (narkoz), değilse lokal anestezi (mevzi uyuşturma) ile yapılacaktır. İşlemden sonra boynunuzun orta kısmında bir delik ve buraya takılmış olan bir plastik veya metal (gümüş) kanül (ortası hava almak için delik olan bir boru) takılacaktır. Sonradan yapılacak tetkik ve tedavi sonuçlarına göre bu delik kalıcı veya geçici olabilir.

2-İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Yaşamınız için temel ihtiyaç olan hava ve oksijen alabilmeniz için, gırtlığınızdaki veya çevre yapılarıdaki tıkanıklığı aşmak / size solunum desteği verebilmek / akciğerlerinizi ve alt havayollarınızı temizleyebilmek amaçlanmaktadır.

3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda yaşam için temel ihtiyaç olan havayı alamadığınız için belli bir süre sonra (birçok faktöre bağlı olarak) hayatınızı kaybedersiniz. Bu durumda sizi tekrar yaşatmak için yapılacak olan çabalar da sonuç vermeyebilir. Yine girişimin gecikmesi durumunda vücudunuzun çeşitli organlarında (başta beyin olmak üzere) geri dönülmez kalıcı hasarlar gelişebilir.

4-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Yapılacak bu ameliyatın bazı durumlarda ne yazık ki hiçbir alternatifi yoktur. Uygun durumlarda bu ameliyat yerine birkaç günlüğüne ağız veya burundan yerleştirilen bir hortum ile aynı amaca ulaşılabilir. Ancak bu boruya da ihtiyacın uzaması durumunda (genellikle 1 haftadan daha uzun süre) yine bu ameliyat için başka alternatif kalmamaktadır.

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

- Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- 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.
- Kalpте zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- Obez (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.

C. AMELİYATIN RİSKLERİ

Yaşamınız için temel ihtiyaç olan hava ve oksijen alabilmeniz için, gırtlığınızdaki veya çevre yapılarıdaki tıkanıklığı aşmak / size solunum desteği verebilmek / akciğerlerinizi ve alt havayollarınızı temizleyebilmek amacı ile bu girişimin yapılması mutlaka gerekmektedir. Bazen çok acil olarak hemen (yapılabilecek her yerde), bazen de planlı olarak uygun koşullarda ameliyathanede uygulanabilir. Bu girişim hastalığınızın kesin teşhisi ve/veya tedavisi amacı ile değil, sadece mutlak ihtiyacınız olan havayı size sağlamak için yapılmaktadır. Hayatınızın devamlılığı sağlandıktan sonra temel hastalığınıza yönelik diğer tetkik ve tedaviler daha sonra size bahsedilecektir.

Aşağıdaki bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır:

- Kanama:** Ameliyat esnasında oluşabilecek aşırı kanama nedeniyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.

b) **Ses değişikliği:** Trakeotomi/trakeostomi sonrası nefes, konuşma organına uğramadan alınıp verileceği için, bu yol kapatılmadan ses oluşmayacaktır. Ameliyat esnasında ses tellerini uyaran sinirin (nervus rekürens) zedelenmesine bağlı geçici/kalıcı ses değişikliği meydana gelebilir. Bu durumda konuşma fonksiyonunun tekrar kısmen kazanılması için değişik tedavi yöntemleri mevcuttur.

d) **Trakeoözofageal fistül:** Soluk ve yemek borularının birbirine komşu olması nedeniyle, ameliyat esnasında solunum yolu ile yemek borusu arasında delinme olabilir.

e) **Cilt altı amfizemi:** Trakeotomi hattından cilt altına hava kaçması durumunda, ciltte çıtırtı sesi, şişme ve nefes alma güçlüğü meydana gelebilir.

f) **Trakea stenozu:** Havalandırma için kullanılan balonlu tüpün uzun süre tutulması gereken durumlarda soluk borusu içinde kalıcı daralmalar meydana gelebilir.

g) **Subglottik stenoz:** Elektif trakeotomi / trakeostomi açılmasının geçiktiği durumlarda, ses tellerinden alt seviyelerde kalıcı daralma meydana gelebilir.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

1 saat

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 24:00dan itibaren hiçbir şey yenilip içilmemelidir. 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 sağlığıma 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 : ___/___/_____/_____/___