

**YÜZ ve BOYUN DERİSİ LEZYONLARININ ÇIKARILMASI ve ONARIMI
(YÜZ ve BOYUN DERİ KANSERLERİ EKSİZYONU ve REKONSTRÜKSİYONU) ve
TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN
HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ**

1. HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRMESİ

Ameliyat esnasında hastanın yüzündeki/yanağındaki kitlenin tamamı veya bir kısmı (tanı amaçlı) çıkartılarak patoloji laboratuvarına gönderilecek ve hastalığın kesin tanısı koyulacaktır. Bundan sonra ek tedaviler gerekebilir.

2-İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Bu ameliyat ile yüzünüzde veya boyun derinizdeki lezyonun çıkartılarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

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.

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.

Öncelikle hastalığa kesin tanı koyulabilmesi için kesinlikle cerrahi biyopsi uygulanmalıdır. Tanı kötü huylu geldiğinde tedavi için cerrahi / kemoterapi / ışın seçenekleri vardır. Ancak yüzdeki kitlelerde en iyi sonuç veren tedavi seçeneği cerrahidir.

5-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI

A.ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanıyla 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

Aşağıdaki bazı riskler ve komplikasyonlar bulunmaktadır:

- Kanama:** Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.
- Yüz felci (N. Facialis):** Yüz siniri, çenealtı tükrük bezinin yakınından geçmektedir. Bu bölgede cerrahi işlem uygulanırken geri dönüşümlü veya geri dönüşümsüz olarak yüz felci gelişmesi olabilmektedir.
- Oluşan açıklığın onarımında kullanılan dokular (flep veya greft) iyileşmeyebilir hatta ölebilir. Bu durumda yara bölgesi kapanmayabilir veya daha büyük bir açıklık veya iz oluşabilir. Bunlara bağlı olarak ilave cerrahiler gerekebilir.
- Kesi yerindeki nedbe dokusu kırmızı, kabarık ve kaşıntılı olabilir. Bunun için ek ilaç veya cerrahi tedavilere ihtiyaç duyulabilir, ayrıca bu durumla başa çıkmak zor olabilir.
- Ameliyat sırasında kulak derisinin duyusunu alan sinirin kesilmesine bağlı olarak o bölgede hissizlik gelişebilir.
- Enfeksiyon:** Deride dikiş yerlerinde veya yumuşak dokuda gelişebilir.
- N. Aksesorius siniri (11. kraniyal sinir) çevresindeki lenf nodlarındaki metastaz nedeni ile kesilebilmektedir. Bunun sonucu olarak o tarafta omuz düşüklüğü ve ağrı olabilmektedir.
- Operasyon esnasında boyun büyük arter ve venlerinde zedelenme olma ihtimali söz konusudur. Özellikle karotis arter zedelenmelerinde kanama durdurulamadığı takdirde damar bağlanarak, vücutta kısmi felçlere yol açabilmektedir.

h) Mevcut olan hastalık tekrarlayabilir yada başka organlarda metastaz (yayılım) ortaya çıkabilir.

i) Operasyon sonrası hastalığın yayılımına veya türüne göre radyoterapi ve kemoterapi tedavileri gerekebilmektedir.

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

1 saat ile 3 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 24:00dan 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 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 : ___/___/____ ___/___