

**GIRTLAK SÜSPANSİYON DİREK BAKISI VE BİYOPSİSİ SES TELİ- GIRTLAK AMELİYATI VE
PARÇA ALINMASI (SÜSPANSİYON LARENGOSKOPI VE BİYOPSİ) ve
TIBBİ, CERRAHİ VE DİĞER MÜDAHALELER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ**

1. Hastalık hakkında bilgilendirme:

Tarafınıza mikroskopik ve/veya endoskopik süspansiyon direkt larengoskopi ve her türlü endolarengeal girişim (biyopsi, total rezeksiyon) YA DA mikroskop ve/veya ışık taşıyıcı aletlerle askıya alınan gırtlığa direkt bakı ve her türlü gırtlak içi girişim (doku örneği alınması, anormal dokuların tümü ile çıkarılması) ameliyatları planlanmaktadır.

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda konulan “ses telinizde/ gırtlığınızda yara, kitle, iltihap, nodül, polip, kist, felç, yabancı cisim, darlık, travma” hastalığınızın teşhisi ve tedavisi veya “ses kısıklığı, yutma güçlüğü, nefes darlığı, kan tükürme, boyunda şişlik veya aspirasyon (yutarken gıdaların nefes borusuna kaçması)” gibi şikayetlerinizin aydınlatılması amacıyla size/çocuğunuza bu cerrahi girişimin gerektiği kararına varılmıştır. Gırtlığınızdaki sorunun kesin teşhisinin konulabilmesi için biyopsi (doku parçası) alınması ve mümkünse aynı zamanda buradaki hastalığın tümüyle çıkarılarak tedavi edilmesi amacı ile bu girişimin yapılması gerekmektedir. Gırtlığınızdaki (ses telinizdeki) hastalık basit bir kist, nodül, polip gibi iyi huylu bir hastalık olabileceği gibi, kanser gibi kötü huylu bir hastalık da olabilir. Bu nedenle; gırtlığınızın ve ses tellerinizin narkoz altında mikroskop ve/veya endoskopi (ışık taşıyıcı aletle) ayrıntılı incelenmesi ve mümkünse tümüyle, değilse bir bölümünün çıkarılmasıyla biyopsi (doku örneği) alınması amacı ile bu girişim yapılmaktadır. Alınan biyopsi ameliyat sırasında olabileceği gibi ameliyat sonrasında da patolojik tetkike (mikroskopla incelenmeye) alınacak ve kesin sonuç 1-2 hafta içinde size bildirilecektir. Yapılan işlem ve çıkacak sonuca göre size ek bir tetkik veya tedavi gerekmeyebileceği gibi, başka tetkikler ve tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler de gerekli olabilir.

2-İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Bu ameliyat ile gırtlığınızdaki veya ses telinizdeki lezyonun tanınması işlemi yapılması amaçlanmaktadır.

3-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK DURUMLAR

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. Bu girişimi kabul etmemeniz durumunda gırtlığınızdaki hastalığın teşhisi yapılamayacaktır. Bu hastalığınızın iyi huylu olması durumunda; tedavisi mümkün olmayacak, hastalığınız giderek daha fazla ilerleyebilecek ve bir aşamadan sonra cerrahiyle bile tedavi edilemeyecek hale gelebilecektir. Hatta bazı iyi huylu hastalıklarda zamanla kötü huylu tümöre dönüşme ihtimali de bulunmaktadır. Hastalığınızın kötü huylu olması durumunda ise; yine tedaviyi planlamak için çok önemli olan teşhis konamayacak, hastalık mutlaka ilerleyecek, öncelikle tüm gırtlığınızı tıkayarak nefes alamamanıza, yemek borunuzu etkileyerek yutma zorluğuna neden olacaktır. Takiben başta boyundaki bezeler olmak üzere vücudunuzun çeşitli bölgelerine atlayacak ve sonunda hayatınızı tehdit edecek boyutlara gelecektir.

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) Dudak, diş eti, dişler ve bademciklerde yaralanmalar olabilir. Dişlerde hasar kırılma yada yerinden çıkma şeklinde ve varsa kaplama dişlerde yerinden çıkma olabilir.
- b) **Hava yolu yumuşak dokularında şişme.** Bu durum solunum zorluğuna yol açarak ve şişme gerileyinceye kadar ağız içinden solunum tüpü yerleştirilmesini zorlaştırarak, nadiren bir traketostomi (boyun ön kısmından hava yoluna solunum tüpü yerleştirilmesi) işlemi gerektirebilmektedir.
- c) **Hava yoluna kanama.** Bu durum solunum zorluğuna yol açarak, kanama kontrol edilinceye kadar ağız içinde solunum tüpü yerleştirilmesini gerektirebilir. Nadiren bir trakeostomi (boyun ön kısmından hava yoluna solunum tüpü yerleştirilmesi) işlemi gerekebilir.
- d) **Akciğer sönmesi (pnömotoraks).** Akciğer yüzeyindeki küçük bir delikten havanın dışarı sızması akciğer kollapsına (sönmesi) neden olur. Akciğer kendiliğinden eski haline gelebileceği gibi, göğüs kafesindeki cilt üzerinden bu bölgedeki havanın boşaltılması için bir tüp yerleştirilmesi işlemi gerekebilir. Bu da hastanede kalış süresini uzatabilmektedir.
- e) **Ses değişikliği.** Gırtlak (larenks) ya da larenksin sınırları mikrolaringoskopi işlemi sırasında cerrahi aletler ile zedelenebilir. Ses değişikliği larenksteki anormal dokudan biyopsi işlemi ya da o dokunun çıkarılması nedeniyle oluşabilir. Ses değişikliği kalıcı olabilmekte ve daha başka tedavilere iyileşme olmayabilmektedir.

D. İşlemin faydaları: Tanı ve/veya tedavi için lezyonun çıkartılması

E. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar: Kitlenin büyümesi, ses kısıklığının artması, nefes darlığı.

F. İşlemin alternatifleri: yok

6-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

İşlem yaklaşık 1 saat sürmektedir.

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 hastalığının tanısı ve tedavi yöntemleri ile ilgili olarak tarafıma gerekli bilgileri verdi.
2. Doktorlarım hastalığının 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 : ___/___/____ _ ___/___