

# Op. Dr. RUHİ ÇANKAYALI

1394 Sok. Birlik Apt. NO:15 Kat:1 Daire:3  
35220 Alsancak-İZMİR  
Tel: 4638291-4224899  
Kordon V. D. 3250049667

## ONAM FORMU

(Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, K: 1993/2741 sayılı kararı uyarınca)

Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, plastik cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

### A. YAPILACAK İŞLEM

Hastaya **dermabrazyon** operasyonu yapılacaktır. Bu operasyon hastanın cildindeki TUR denen cihazla zımparalanarak kitlenin ortadan kaldırılması işlemidir. İşlem sonrasında zımparalanan alan yağlı bezler ile kapatılarak pansuman yapılacaktır. Ameliyat lokal veya genel anestezi altında yapılacaktır. Lokal anestezinin uygulaması sırasında kısa süreli bir yanma tarzında ağrı duyulabilir. Sonrasında dokunma hissi devam ederken ağrı hissi tamamen ortadan kalkar. Tam uyuşmamış alanlar varsa lokal anestezi yenelenir. Doktorun ve hastanın tercihine göre lokal anestezi, sedasyon (damar yolundan sakinleştirici ilaç verilmesi) ile desteklenebilir.

Ameliyat sonrası ilk günlerde işlem yapılan alanlarda şişlik (ödem), kızarıklık ve/veya morluk olması doğaldır. Bunlar genellikle ilk 1-2 haftada gerileyip kaybolacaktır

### B. ALTERNATİF YÖNTEMLER

Vücutta doğuştan var olan ya da sonradan ortaya çıkan herhangi bir kitlenin asimetric olması, kenarlarının düzensiz olması, renginin koyulaşması ve bu koyulaşmanın farklı tonlarda dağılım göstermesi, hızlı bir çap artışı-büyüme göstermesi, deriden kabarık olması gibi özelliklere sahip olması bu kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasını gerektirir. Zira en deneyimli gözlerde bile yanılma payı mevcuttur. Bu yüzden kitlenin çıkarılarak mikroskop altında patolojik incelemesinin yapılması ve tanı konduktan sonra nasıl davranılacağına kararlaştırılması en doğru yaklaşımdır. Bu tür kitlelere radyoterapi

(ışın tedavisi), kriyoterapi (dondurma) gibi yöntemler uygulanabilirse de patolojik tanı olmadan bu tür yaklaşımlar doğru değildir.

## E. LOKAL ANESTEZİYE AİT RİSKLER

1. Lokal anestetik olarak kullanılan ilaçlar ölüme kadar varan ciddi alerjik reaksiyonlara yol açabilir. Ne yazık ki bunu önceden gösterebilecek herhangi bir tanı yöntemi yoktur.
2. Önceden lokal anesteziye karşı alerjik reaksiyon göstermiş kişilerde bu risk çok daha yüksektir.
3. İşlem sırasında kalp krizi/felç görülebilir
4. İşlem sırasında ölüm görülebilir.

## F. YÖNTEME AİT RİSKLEREE

1. **Kanama:** Ameliyat sırasında ve sonrasında ameliyat alanlarında kanama görülebilir.
2. **Enfeksiyon:** Ameliyat alanlarında kızarıklık, şişlik, kötü kokulu akıntı ve abseleşme gösterebilen ve antibiyotik kullanımı gerektirebilen enfeksiyon görülebilir.
3. **Duyu:** Ameliyat bölgesinde hissizlik, aşırı hassasiyet olabilir. Bu durum genellikle geçici olmakla birlikte nadiren kalıcı olabilir.
4. **İzler:** Operasyon bölgesinde cildinizin tipine, hipertrofik skar (aşırı iyileşme dokusu) eğilimine, cildiniz için gerekli özeni göstermenize bağlı olarak iz kalabilir . Anormal yara iyileşmesi sonucunda belirgin nedbe dokusu (hipertrofik skar/ keloid) oluşabilir. Bu bölgede güneşe fazla maruz kalındığı takdirde koyu renkli iyileşme görülebilir.

## CERRAHİ İŞLEM VEYA TEDAVİ ONAYI

1. Bu belge ile Dr. Ruhi ÇANKAYALI ve ekibini, ..... tarihinde .....ç. ameliyatımı yapmak üzere yetkili kılıyorum. Bu ameliyat ile ilgili olarak bilgilendirildim. Aklıma takılan tüm soruları sorma imkanı ve zamanı bana Doktorum tarafından verildi.

2. Ameliyat sırasında veya anestezi ve tıbbi tedavi sırasında, önceden tahmin edilemeyen durumların yukarıda belirtilenlerden daha değişik işlemler gerektirebileceği hakkında fikir sahibiyim. Bu nedenle, yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarını, mesleki bilgilerinin ışığında gerekli değerlendirmeyi yapıp, bu tür işlemleri uygulamada yetkili kılıyorum. Bu paragrafta verilen yetki, ameliyata başlarken doktorumun önceden bilemeyeceği ve tedavi gerektiren durumları da içerir.

3. Finansal sorumluluklar: Cerrahi masrafların hastane ve doktorunuzun ücretini kapsayıp kapsamadığını ve ödeme şeklini sorunuz. Bazı beklenmeyen durum ve tedaviler için gereken ek ödemeler ve ücretlerden sorumlu olacaksınız. Cerrahi komplikasyonlar (olumsuz sonuç) gelişmesi halinde ek masraflar oluşabilir. İkincil cerrahi veya düzeltme (revizyon) amaçlı cerrahilerle ilgili hastanede kalış ve ameliyat ücretleri de sizin sorumluluğunuzdadır.

4. Sadece tıbbi, bilimsel veya eğitim amaçlı olarak, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında fotoğraf ve film çekilmesini, kimliğimin saklı tutulması kaydıyla vücudumun uygun bölgelerinin görüntülenmesini onaylıyorum.

5. Ameliyat sırasında gerektiği takdirde vücudumdan her türlü dokunun alınmasına, incelenmesine ve hastane kayıtları için saklanmasına izin veriyorum.

6. Gerektiği durumlarda, yasal bildirim açısından hasta bilgilerimin resmi makamlara açıklanmasına izin veriyorum.

7. Aşağıdaki bilgiler anlayabileceğim bir şekilde bana açıklanmıştır.

a. Yukarıdaki cerrahi işlemin ya da tedavinin yapılacağı...

b. Diğer tedavi seçeneklerinin varlığı...

c. Tedavi ya da cerrahi işlemin riskler içerdiği...

**ADI, SOYADI**

**TARİH**

**İMZA**