**PARKİNSON HASTALIĞI AMELİYATI**

# **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onamı geri alabilirsiniz.

## **Ameliyat Hakkında Bilgilendirme**

* **Titreme İçin Talamik Bölgeye Uyarıcı Elektrot ve Göğüs Duvarına Pil Yerleştirilmesi:** Bu girişim, ilaç tedavisine cevap vermeyen titreme yakınmasının ortadan kaldırılmasına yönelik olarak uygulanır. Stereotaksi cihazının takılması, ardından magnetik rezonans (MR) ile koordinatlarının saptanması ve talamusun VİM bölgesine elektrot takılmasını takiben elektrotun bir konektör yardımı ile göğüs duvarı üzerine yerleştirilecek programlanabilir bir pile bağlanmasından ibarettir ve sistemin çıkarılmasının ardından tamamen geriye dönüşebilir bir işlemdir.
* **Kasılma, istemsiz Hareketler ve Hareketsizlik için Lezyon Yapılması:** Bu işlem, ilaç tedavisine cevap vermeyen kasılma, istemsiz hareketler ve hareketsizlik semptomları baskın Parkinson hastalığı olgularında şikayetlerin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak uygulanır. Stereotaksi cihazının takılması, ardından magnetik rezonans (MR) ile koordinatlarının belirlenmesi ve Globus Pallidus bölgesinde radyofrekans yöntemi ile geriye dönüşümsüz olarak lezyon yapılmasından ibarettir.
* **Kasılma, İstemsiz Hareketler ve Hareketsizlik İçin Uyarıcı Elektrot ve Göğüs Duvarına Pil Yerleştirilmesi:** Bu girişim, ilaç tedavisine cevap vermeyen kasılma, istemsiz hareketler ve hareketsizlik yakınmaları baskın Parkinson hastalığı olgularında semptomların ortadan kaldırılmasına yönelik olarak uygulanır. Stereotaksi cihazının takılması, ardından magnetik rezonans (MR) ile koordinatlarının belirlenmesi ve Globus Pallidus bölgesine elektrot takılmasını takiben, elektrotun bir konektör yardımı ile göğüs duvarı üzerine yerleştirilecek programlanabilir bir pile bağlanmasından ibarettir ve sistemin çıkarılmasının ardından tamamen geriye dönüşümlü bir işlemdir.
* **Subtalamik Bölgeye Lezyon Yapılması:** Bu girişim medikal tedaviye cevap vermeyen Parkinson hastalığı olguların da tüm semptomların ortadan kaldırılmasına yönelik olarak; stereotaksi cihazının takılması, ardından magnetik rezonans ile koordinatların belirlenmesi ve subtalamik bölgeye radyofrekans yöntemi ile geriye dönüşümsüz olarak lezyon yapılmasından ibarettir.
* **Subtalamik Bölgeye Uyarıcı Elektrot ve Göğüs Duvarına Pil Yerleştirilmesi:** Bu girişim, ilaç tedavisine cevap vermeyen Parkinson hastalığı olgularında semptomların ortadan kaldırılmasına yönelik olarak uygulanır, Stereotaksi cihazının takılması, ardından magnetik rezonans (MR) ile koordinatların belirlenmesi ve subtalamik bölgeye elektrot takılmasını takiben elektrotun bir konektör yardımı ile göğüs duvarı üzerine yerleştirilecek programlanabilir bir pile bağlanmasından ibarettir ve sistemin çıkarılmasının ardından tamamen geriye dönebilir bir işlemdir.

## **Ameliyatın Riskleri**

* Kanama Riski: Ameliyat esnasında veya sonrasında lezyon yapılan veya elektrot yerleştirilen bölgede kanama olabilir. Kanama büyürse hayati tehlike oluşturabilir.
* Pıhtı Oluşma Riski: Pıhtı her türlü cerrahide oluşabilir. Oluşan pıhtı bası yaparak ağrı, inflamasyon doku hasanı beyin omurilik sıvı yollarının kapanması ile hidrosefaliye neden olarak değişik nörolojik bulgular içeren kötüleşmeye sebep olabilir. Bu durumlarda ek müdahaleler gerekebilir.
* Beyin Yaralanması: Ameliyatın çevre beyin dokusunda yaralanmaya neden olma riski vardır. Yaralanmanın bulguları yapılan işleme ameliyat yerine göre değişir.
* Kardiyak Komplikasyonlar: Yapılacak cerrahi sırasında kalp ritim bozukluğu veya kalp krizi riski mevcuttur.
* Ölüm: Parkinson ameliyatı esnasında veya sonrasında da ölüm riski vardır. Bazen astım atağı, ani tansiyon düşüklüğü, şok, nöbet geçirme veya solunum kalp durması gibi daha şiddetli reaksiyonlar görülebilir. Bu bulgular görülen hastaların çok küçük bir kısmı ölebilir.
* Kontrast madde kullanımına bağlı böbrek yetmezliği gelişebilir. Oluşan yetmezliğin çoğunluğu geçicidir. Hastaların çok düşük bir kısmında kalıcı böbrek yetmezliği ve tedavi gerekebilir.
* İstenmeyen durumlar 100 hastada 3-10 arasında görülür. Ölüm oranı alternatif cerrahi işlemlerden daha düşüktür (1000 hastada 5-10).
* Cerrahiden Faydalanmama: Yapılacak cerrahi girişim yakınmalarının tamamının veya bazılarının düzelmesini sağlamayabilir.
* Ağrı: Cerrahi sonrasında ağrı veya diğer yakınmalarda artma olabilir.
* Enfeksiyon: Yara yerinde veya derin dokularda enfeksiyon olabilir; menenjit oluşmasına sebebiyet verebilir.
* Sinir Dokusu Hasarı: Cerrahi sırasında veya sonrasında beklenmedik şekilde oluşabilir.
* Tekrarlama: Cerrahi sonrasında erken veya geç dönemde yakınmaların bazıları veya tamamı tekrar görülebilir ve bu durumda da ek tedavi girişimi gerekebilir.
* Solunum Güçlüğü: Cerrahi esnasında veya sonrasında, akciğer enfeksiyonu (pnömoni) ve/veya akciğer atar damarının pıhtı ile tıkanması sonucu (pulmoner emboli) solunum sıkıntısı oluşabilir. Ek tedavi gerektirebilir.
* İnme (Felç): Nadir de olsa cerrahi sırasında/sonrasında toplardamarlardan beyne hava veya pıhtı yerleşmesi sonrasında kol ve/veya bacak güçsüzlüğü gelişebilir. Ek tedavi gerekebilir.

## **Hastanın Sağlığı İçin Kritik Öneriler**

Hekiminizi bilinen tüm alerjileriniz ve kullandığınız reçeteli ilaçları reçetesiz satılan ilaçları bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirmeniz gerekir.

Ameliyat öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamulleri (sigara, nargile, puro, pipo vb.) içme iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilir. Eğer bu maddelerden herhangi biri kullanılırsa yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riski olabilir.

|  |
| --- |
| **Hastaya ait kişiye özel durumlar ve olası riskler :**  *Hikaye, yapılmış olan tedaviler, medikal özgeçmiş (hastanın yakınmaları ve süresi, kullandığı ilaçlar, alerji ve alışkanlıkları ) , Son fizik muayene bulguları, Ön tanı, Önerilen tedavi/cerrahi müdahalede hastaya ait olabilecek riskler, Planlanan müdahale alternatifleri ve riskleri üzerine hastaya ait özel durumlar, Alternatif tedaviler ve riskleriyle ilgili hasta özelinde varsa ifade edilmesi gereken durumlar, Önerilen tedavinin riskleri ve ameliyat sonrası hastanın kişiye ait özel durumlarından kaynaklanabilecek olası riskler, Ek cerrahi girişim ihtimali , ilgili cerrahi öncesi gerekecek tanısal testlerin detaylar ve riskleri, gerekebilecek ilaç tedavisinin olası yan etkileri ve risklerinden kişiye ait özel durumlar nedeniyle özellikle bahsedilmesi gerekenler* |

**Onam Doğrulama:**

Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ve Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve yardımcılarını \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu önerilen müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Girişim başladıktan sonra onamımın geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olduğunu biliyorum.

Dokunun kullanımı : Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir.

Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma : Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum.

Fotoğraf/İzleyiciler : Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

* Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların riskini biliyorum.
* Müdahalenin risk ve yan etkilerini biliyorum.
* Başarı olasılığını biliyorum.
* Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
* Yapılacak işlemin iyileştirme garantisi olmayabileceğini anlıyorum.
* Bana söylenenlerin tümünü anladım.
* Doktorum tüm sorularımı cevapladı.
* Doktorum burada yazılanları teker teker benim anlayabileceğim şekilde net anlaşılır ve açıklayıcı biçimde bana anlattı.
* Ameliyatıma dahil olacak ,cerrahimi gerçekleştirecek , cerrahime danışmanlık eden, gereği halinde ameliyata icabet edecek ameliyatın bir kısmını ,önemli bir kısmını-aşamasını veya gereği halinde tamamını gerçekleştirmek veya gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmek için organize olmuş, ihtiyaç halinde gerekebilecek her türlü müdahale için hazır bulunan, ameliyatımın sorumluluğunu almış ameliyatımla ilgili karar süreçlerine dahil olmuş ameliyatımın başarılı geçmesi için uğraşan tüm hekimleri biliyorum ve bu hekim ekibini ameliyatımın sorumluluğunu alması için yetkilendiriyorum.
* Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktorun yetkisi, bilgisi, planlaması, sorumluluğu, gözlemi, gözetimi ve yönetimi altında, cerrahi planlama ve görev paylaşımı sonucunda kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan asistan/araştırma görevlisi hekimin kim olduğunu biliyorum ve her koşulda girişimi gerçekleştirecek kişinin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
* Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum.
* Tedavinin yaklaşık maliyeti konusunda bilgilendirildim.
* Bana müdahale yapacak kişileri, müdahale yapması ihtimali olan kişileri biliyorum.
* Kendi özgür irademle karar veriyorum.
* Müdahaleden makul süre önce ikinci bir görüş almaya yetecek kadar ve burada yazılanları sakince, avantaj ve dezavantajları düşünecek kadar zamanım oldu.
* Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım.
* Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formda hedeflenen girişim veya girişimlerin bir kısmının veya tamamının sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için gerçekleştirilememe ihtimali de olduğunu anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hasta(mutlaka kendisi imzalamalıdır.)  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi  Adı soyadı:  Yakınlık derecesi:  Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:   * Hastanın bilinci kapalı * Hastanın karar verme yetisi yok * Hasta 18 yaşından küçük * Acil | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Şahit  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi :  Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor :  Ameliyat Ekibine dahil Sorumlu Başasistan :  Ameliyat Ekibine dahil olan diğer Doktorlar : | |  | |  |  |
| Bilgilendirmeyi yapan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Tercüman (ihtiyaç halinde) Adı soyadı: | İmza: | | Tarih: | | Saat: |
|  |  |  |  |  |  |

\* 18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

\* Formun son sayfasında muhatap tarafından kendi el yazısı ile ‘**’ Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı, kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’** şeklinde yazılıp imzalanması gerekir.

\*Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfaları muhatap tarafından ‘’**okudum’’** yazarak imzalanmalıdır.

\*Bu formda mutlaka **bilgilendirmeyi yapan hekimin, hastanın kendisinin veya hastanın yasal temsilcisinin ve en az bir şahitin** imzasının bulunması şarttır.

\*Bu formu iki nüsha olarak basılmalı ve her ikisi de imzalandıktan sonra biri hastaya verilmeli diğeri hastanın dosyasına konulmalıdır.

(‘’Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı. Onam doğrulama bölümündeki tüm maddeleri okudum, anladım, kabul ediyorum. Kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’)

***(Bu bölüm hastanın veya yasal temsilcisinin mutlaka kendi el yazısı ile aşağıdaki alana yazılacaktır ve imzalanacaktır.)***

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**