AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Meme İmplantının Çıkarılması

Bu belge, yüz yüze yapılan hekim bilgilendirmesini destekleyen bir taslaktır. Kişiye özel ameliyat planı ve riskler tamamlanmadan imzalanmamalıdır.

HASTA VE İŞLEM BİLGİLERİ

Adı soyadı: _____

Doğum tarihi: _____

Hasta / dosya no: _____

Bilgilendirme tarihi: _____

Sağlık kuruluşu / ameliyat yeri: _____

Planlanan işlem ve taraf/alan: _____

İşlemin kapsamı

Mevcut meme protezlerinin çıkarılmasıdır. İmplant çevresi kapsül dokusunun bırakılması, kısmen çıkarılması veya tamamen çıkarılması tıbbi gereklilik ve güvenliğe göre kararlaştırılır. Eş zamanlı dikleştirme her hastada uygun olmayabilir.

Amaç ve beklenen yararlar

İmplantın çıkarılması ve mevcut şikâyet veya komplikasyonların değerlendirilmesi amaçlanır; ağrı ya da sistemik şikâyetlerin düzeleceği garanti değildir.

Diğer seçenekler

İzlem, uygun durumlarda implant değişimi veya kapsülle ilgili sınırlı girişimler; şüpheli kitle/sıvı için tanısal inceleme.

İşleme özgü riskler

Kanama, enfeksiyon, seroma, meme deformitesi veya gevşeme, asimetri, his değişikliği, cilt kaybı, skar, nadiren göğüs duvarı/akciğer zarı yaralanması; kapsül çıkarılırken ilave riskler, eksik kapsül çıkarımı veya yeniden operasyon. En-bloc çıkarım her olguda gerekli veya güvenli değildir.

Ameliyat sonrası bakım

Pansuman ve dren bakımı talimatlarını izleyin. Ani nefes darlığı, şiddetli göğüs ağrısı veya artan şişlikte acil yardım alın.

Hekime sorulabilecek sorular

Kapsülün ne kadarı çıkarılacak, neden? Patoloji ve implant incelemesi planlanıyor mu?

Genel cerrahi ve anestezi riskleri

Her cerrahi girişimde kanama, hematom, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, yara ayrılması, iz oluşumu, ağrı, uyuşma, şişlik, alerjik/ilaç reaksiyonları, pıhtı oluşumu (derin ven trombozu ve akciğer embolisi), anesteziye bağlı komplikasyonlar ve nadiren yaşamı tehdit eden sorunlar gelişebilir. Riskin düzeyi hastanın

sağlık durumu ve uygulanacak yönteme göre değişir.

Riski etkileyen kişisel durumlar

Sigara/nikotin kullanımı, diyabet, hipertansiyon, kalp-akciğer hastalıkları, önceki ameliyatlar, kanama-pıhtılaşma bozuklukları, yara iyileşme sorunları, gebelik olasılığı, düzenli ilaçlar, hormonlar, bitkisel ürünler ve alerjiler hekime eksiksiz bildirilmelidir. Reçeteli ilaçlar hekime danışılmadan kesilmemelidir.

Beklentiler, ek tedavi ve maliyet

Kozmetik sonuçlar öznel ve bireyseldir. Asimetri, kalıcı iz, memnuniyetsizlik veya beklenmeyen iyileşme nedeniyle ek tedavi ya da revizyon gerekebilir. Revizyonun zamanı, uygunluğu, başarı olasılığı ve olası ek maliyeti ayrıca görüşülmelidir.

İyileşme ve uyarı belirtileri

Kontrolleri aksatmayın. Yüksek ateş, kötüleşen kızarıklık, cerahat, artan kanama, kontrol edilemeyen ağrı, ani nefes darlığı, göğüs ağrısı veya tek bacakta yeni şişme gibi belirtilerde acil tıbbi yardım alın. İşleme özgü acil belirtiler yukarıda ayrıca belirtilmiştir.

Alternatifler ve reddetme hakkı

Önerilen ameliyatı kabul etmeme, ikinci görüş alma ve işlemi başlamadan önce rızayı geri çekme hakkınız vardır. Estetik amaçlı bir işlemden vazgeçilmesi genellikle mevcut görünümün devamı anlamına gelir; fonksiyonel yakınmalar varsa bunlar ayrıca değerlendirilmelidir.

Görsel kayıtlar ve mahremiyet

Tedavi amaçlı klinik fotoğraflar ve tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat ve sağlık verisi gizliliği kuralları çerçevesinde yönetilmelidir. Eğitim, sosyal medya, reklam veya diğer kamusal kullanımlar bu cerrahi onamın kapsamında değildir; ayrıca ve açıkça izin alınmalıdır.

KİŞİYE ÖZEL PLAN VE RİSK NOTLARI (HEKİM TARAFINDAN DOLDURULUR)

Kesiler, teknik, taraf ve ek işlemler: _____

_____

Önemli ek hastalık / risk / alerji / ilaçlar: _____

_____

Anestezi türü ve tahmini ameliyat süresi: _____

_____

HASTA BİLGİLENDİRME VE KARAR KAYDI

İşlemin amacı, yöntemi, makul alternatifleri, ameliyat olmamanın sonuçları, yaygın ve önemli riskleri, beklenen iyileşme süreci ve acil başvuru belirtileri bana anlayabileceğim dilde açıklandı. Sorularımı sorma ve ikinci görüş alma fırsatım oldu. Sonucun garanti edilmediğini ve gerekirse ek tedavi veya revizyon uygulanabileceğini anladım. İşlem başlamadan önce rızamı geri çekebileceğimi biliyorum.

[ ] Yukarıda kişiye özel olarak açıklanan girişimi kabul ediyorum.

[ ] Önerilen girişimi kabul etmiyorum / kararımı erteliyorum.

Hasta adı, soyadı ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Bilgilendiren hekim adı, soyadı ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Gerekliyse yasal temsilci / yakınlık derecesi ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Gerekliyse tercüman adı, dili ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı incelemesi gerektirir • Klinik kullanım onayı verilmemiştir