AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Burun Ucu Estetiği (Tip Rinoplasti)

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

Tip rinoplasti, burun ucunun şekli, projeksiyonu, dönüklüğü veya simetrisini değiştirmeyi amaçlayan bir cerrahi işlemdir. Açık veya kapalı yaklaşımla yapılabilir; gerekli görülürse burun içinden, kulaktan veya başka bir verici alandan kıkırdak grefti alınabilir. Planlanan ameliyat kapsamı, eşlik eden septum veya solunum yolu girişimleri ve greft kaynağı ayrıca hekiminizce açıklanmalıdır.

Amaç ve beklenen yararlar

Burun ucunun yüz oranlarıyla uyumunu ve görünümünü iyileştirmek hedeflenir. İyileşme, doku özelliklerine bağlıdır; kusursuz simetri, belirli bir fotoğraftaki görünüm veya kesin sonuç garanti edilemez.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak ve mevcut görünümü korumak; uygun durumlarda cerrahi dışı seçeneklerin sınırlılıklarını görüşmek; daha kapsamlı rinoplasti veya işlevsel burun cerrahisi gerekip gerekmediğini ayrıca değerlendirmek.

İşleme özgü riskler

Burun ucu asimetrisi, düzensizlik, sertlik, çökme veya aşırı projeksiyon; uzun süren şişlik; burun ucu/üst dudakta hissizlik; görünür iz; greftin yer değiştirmesi, belirginleşmesi, erimesi veya enfeksiyonu; kıkırdak alınan bölgede ağrı/iz; burun tıkanıklığı veya hava akışında değişiklik; septal perforasyon ve yeniden ameliyat gereksinimi gelişebilir.

Ameliyat sonrası bakım

Hekiminizin verdiği atel/bant ve yara bakımı talimatlarına uyun. Buruna darbe ve basınçtan kaçının; gözlük, spor, uçuş, işe dönüş, sigara ve ilaç kullanımı için bireysel plan alın. Son şeklin ortaya çıkması aylar sürebilir.

Hekime sorulabilecek sorular

Greft gerekecek mi? Hangi kaynaktan alınacak? Nefes alma fonksiyonum etkilenebilir mi? Revizyon olasılığım nelere bağlıdır?

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