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

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Yüz ve Boyun Germe (Ritidektomi)

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

Yüz germe, yüzün alt bölümü, çene hattı ve gerektiğinde boyundaki gevşek dokuların yeniden konumlandırılmasını ve fazla derinin azaltılmasını amaçlar. Kesiler çoğunlukla kulak çevresi ve saçlı deri sınırında planlanır. Derin dokuların/SMAS tabakasının düzenlenmesi ve boyun müdahalesi uygulanabilir; yöntem ve kapsam hastaya özeldir.

Amaç ve beklenen yararlar

Yüz ve boyun konturunda daha dinlenmiş bir görünüm hedeflenir. Yaşlanma devam eder; cilt kalitesi ve yüz asimetrisi bütünüyle değişmeyebilir ve sonuç için kesin süre veya görünüm garantisi verilemez.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak; seçilmiş olgularda cilt bakımı, enerji temelli uygulamalar veya enjeksiyon tedavilerinin daha sınırlı etkilerini değerlendirmek.

İşleme özgü riskler

Kan birikmesi (hematom), özellikle tansiyon yüksekliği veya kanama eğilimi olanlarda; cilt dolaşımının bozulması, doku kaybı ve yara açılması (sigarayla risk artabilir); enfeksiyon; saç çizgisi değişikliği veya saç kaybı; kulak memesinde konum değişimi; uzun süreli şişlik, sertlik ve uyuşma; yüz siniri dallarında geçici veya kalıcı güçsüzlük; yüz asimetrisi, görünür iz ve revizyon gereksinimi olabilir.

Ameliyat sonrası bakım

Baş pozisyonu, pansuman, dren, kompresyon, efor kısıtlaması ve kontrollere ilişkin önerileri izleyin. Ani tek taraflı şişlik, artan ağrı veya kanama gelişirse ivedilikle tıbbi değerlendirme alın.

Hekime sorulabilecek sorular

Yüz germe mi, boyun germe mi planlanıyor? Sinir hasarı ve cilt dolaşımı riskim nedir? İzler nerede kalacak?

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

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Göz Kapağı Estetiği (Blefaroplasti)

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

Blefaroplasti, üst ve/veya alt göz kapağında deri, yağ ve gerektiğinde kas dokusunun düzenlenmesini amaçlar. Girişim üst kapak kıvrımından, kirpik altından veya alt kapağın iç yüzünden yapılabilir. Göz kuruluğu, göz hastalıkları, göz kapağı pozisyonu ve mevcut görme şikâyetleri ameliyat öncesi değerlendirilmelidir.

Amaç ve beklenen yararlar

Göz çevresi görünümünde düzelme ve uygun hastalarda üst kapaktaki deri fazlalığının azalması hedeflenir. Göz altı morlukları, kırışıklıklar veya göz kapağı asimetrisi tümüyle giderilemeyebilir.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak; göz hastalıkları/görme alanı sorunları için ek değerlendirme; bazı yüzeysel şikâyetler için cerrahi dışı yöntemler.

İşleme özgü riskler

Kuruluk, batma, sulanma, bulanık görme, ışığa duyarlılık; göz kapağının tam kapanamaması (lagoftalmi); alt kapakta aşağı çekilme veya dışa dönme (retraksiyon/ektropiyon); kapak asimetrisi, iz ve yağ hacminde düzensizlik; geçici çift görme; enfeksiyon, kanama ve revizyon görülebilir. Göz çevresinde ciddi kanama çok nadiren görmeyi tehdit edebilir ve acil müdahale gerektirir.

Ameliyat sonrası bakım

Göz damlası/merhem ve soğuk uygulama talimatlarını izleyin; gözü ovuşturmayın. Ani görme kaybı, şiddetli göz ağrısı, hızla artan şişlik veya belirgin görme değişikliği acil değerlendirme gerektirir.

Hekime sorulabilecek sorular

Üst, alt veya her iki kapak mı planlanıyor? Göz kuruluğum operasyon kararını etkiler mi? Alt kapak pozisyonunu korumak için ek işlem gerekiyor 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

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Kaş Kaldırma Cerrahisi

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

Kaş kaldırma, kaşların konumunu ve alın/şakak dokularındaki sarkmayı düzeltmeyi amaçlar. Saçlı deri, saç çizgisi veya kaş çevresinde farklı kesi yaklaşımları kullanılabilir; endoskopik veya açık yöntemler hastanın anatomisine göre seçilir.

Amaç ve beklenen yararlar

Kaş pozisyonu ve üst yüzün görünümünde iyileşme hedeflenir. Kaşların kusursuz eşitliği, mimik çizgilerinin tamamen kaybolması veya sonucun ömür boyu sürmesi beklenmemelidir.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak; uygun olgularda botulinum toksini gibi geçici yöntemler; üst kapak deri fazlalığı varsa blefaroplasti açısından ayrı değerlendirme.

İşleme özgü riskler

Kaş yüksekliğinde aşırı veya yetersiz değişim, asimetri ve beklenenden farklı yüz ifadesi; saç çizgisinde değişim, kesi çevresinde saç kaybı veya görünür iz; alın ve saçlı deride hissizlik, kaşıntı; alın hareketlerini etkileyen sinir zedelenmesi; uzun süren şişlik, kanama, enfeksiyon ve yeniden müdahale ihtiyacı gelişebilir.

Ameliyat sonrası bakım

Pansuman, yıkama ve kesi bakımı önerilerine uyun. Şişlik ve his değişiklikleri zamanla azalabilir; ağır egzersiz ve saçlı deriye baskı için hekim onayı alın.

Hekime sorulabilecek sorular

Hangi kaş kaldırma tekniği tercih edilecek? Saç çizgimde değişiklik olur mu? Mimik hareketlerini etkileyebilecek riskler nelerdir?

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

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Kepçe Kulak Düzeltme (Otoplasti)

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

Otoplasti, kulak kepçesinin başa göre açısını veya kıvrımlarını değiştirmek için kıkırdağın şekillendirilmesi ve/veya dikişlerle yeniden konumlandırılması işlemidir. Kesiler çoğunlukla kulak arkasına yerleştirilir; kulak kıkırdağından doku çıkarılması veya katlanması gerekebilir.

Amaç ve beklenen yararlar

Kulakların baş ile orantısının ve görünümünün iyileştirilmesi amaçlanır. İki kulak arasında doğal farklar kalabilir; sonuçlar milimetrik eşitlik garantisi taşımaz.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak; erken bebeklik döneminde bazı kulak şekil bozuklukları için uygun olan kalıplama yöntemleri erişkinlerde aynı etkiyi göstermeyebilir.

İşleme özgü riskler

Kulaklar arasında yükseklik/şekil farkı, aşırı veya yetersiz geriye alma, nüks; kıkırdak düzensizliği, belirgin kenar ve dikişlerin hissedilmesi/deriye çıkması; hematom, enfeksiyon (perikondrit), kıkırdak dolaşım hasarı, cilt kaybı, kalıcı hassasiyet, görünür iz ve revizyon gerekebilir.

Ameliyat sonrası bakım

Koruyucu bandaj ve gece bandı kullanımını önerildiği biçimde sürdürün; kulağı bükmekten ve temas sporlarından kaçının. Artan tek taraflı ağrı, kızarıklık veya şişlikte tıbbi değerlendirme alın.

Hekime sorulabilecek sorular

Kıkırdağa kesi yapılacak mı? Tekrar açılma ihtimali nedir? Bandaj ve spora dönüş planı nasıl olacak?

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