|  |  |
| --- | --- |
| **Hasta Numarası:**  |  |

**Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi**

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda size/çocuğunuza/vasisi bulunduğunuz kişiye üst ve/veya alt çenede mevcut defekt nedeniyle cerrahi girişim gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz cerrahi girişim öncesinde size bu girişimin olası seyri, değişik şekilleri ve riskleri ile ilgili ayrıntılı bilgi verecek, bunun sonucunda cerrahi girişimin yapılması konusunda serbest iradeniz ile karar verebileceksiniz. Bu yazılı form size/çocuğunuza/vasisi olduğunuz kişiye yapılacak cerrahi girişim, bu girişime yönelik komplikasyonlar(girişim sırasında ve sonrasında gelişebilecek olumsuz durumlar) ve alternatif tedavi yöntemler hakkında size temel bilgileri açıklamak amacıyla hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formudur.

**GENEL BİLGİLER**

Alt ve üst çene defektleri doğumsal, edinsel ya da gelişimsel nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır. Edinsel defektler travmalar, tümöral ve kistik oluşumların cerrahi olarak çıkartılmalarını takiben oluşmaktadır. Bu tür defektlerin onarımı için vücudun çeşitli yerlerinden kemik greftlerinin alınması gerekebilmektedir. Kemik greftinin alınacağı yerin seçiminde, defekt bölgesindeki kemiğin devamlılığının sağlanması için gerekli olan kemik miktarı esas alınmaktadır. Kalça bölgesi (iliak kemik) bu amaçla sıklıkla seçilen alanlardan biridir.

Bu operasyonda üst çenede/alt çenede mevcut olan defektin kemik grefti ile onarımı gerçekleştirilecektir. Bu girişimde mevcut defektin olduğu bölge ağız içinden ve ağız dışından, boyun bölgesinden (submandibular bölgeden) ve gerekli görülür ise diğer ağız dışı bölgelerden yapılacak kesiler ile açığa çıkarılacaktır. Defekt alanına konulacak kemiği elde etmek için kalça bölgesinden kemik alınacaktır. Ameliyatta cilt üzerine yapılan kesiler ile kalça bölgesine ulaşılacak ve kalça kemiğinde yapılacak kemik kesileri ile defektin onarımı için gereken kemik grefti temin edilecektir. Elde edilen kemik greftinin defekt alanına konulması ve ağız içindeki ve ağız dışı boyun bölgesindeki (submandibular bölge) kesilerin birbirine yaklaştırılması ile kemik bütünlüğü sağlanmış olacaktır. Başka bir insanın kemiği veya kemiğe benzer üretilmiş malzemeler bir seçenek olmakla birlikte hastanın kendi kemiğinin yerini tutmamaktadır.

**Ameliyata ilişkin komplikasyonlar:**

**Kanama,Hissizlik,Kozmetik deformite, Fıtık,Enfeksiyon, Ağrı, Kırık, Yürüme zorlukları, Yara izi kalması,Yürümede güçlük,İlgili bölgedeki sinir harabiyetine bağlı dudak hareketlerinde fonksiyon kaybı**.

Anestezi ve riskleri ile ilgili olarak "Anesteziyoloji Hasta Bilgilendirme Onam Formu" adlı bilgi formunu okuyun. Herhangi bir soru işaretiniz varsa, bunları anestezistiniz ile görüşün. Eğer size bilgi formu verilmediyse, bir adet isteyiniz.

Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.

Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.

Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.

**Alternatif tedaviler:**

Ameliyat olmamaktır. Ameliyat dışı yöntemler daha az faydalı olmakla birlikte tamamen göz ardı edilemez.

**Gerekebilecek ek cerrahi işlemler:**

Komplikasyon(olumsuz durum) gelişmesi durumunda ek tedavi ve cerrahi operasyonlar gerekli olabilir. Tıp ve cerrahide kesinlik yoktur. İyi sonuçlar beklense de elde edilebilecek sonuçlar hakkında hiçbir garanti veya teminat verilemez.

**Mali sorumluluklar:** Cerrahi için gereken masrafların hastane ve doktorun ücretini kapsayıp kapsamadığını ve ödeme şeklilerini mutlaka sorunuz. Beklenmeyen durumlar ve komplikasyonlar için ek ödemeler ve ücretlerden sorumlu olacaksınız. Cerrahi komplikasyonlar ek masrafları gerektirebilir.

**ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

\*İlgili doktordan konulan tıbbi teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım.

\*Doktorlar uygulanacak olan cerrahi işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemin yararlarını anladım.

\*Doktorlarım tarafından anlatılan ameliyata ilişkin risklerin tamamını dinledim ve anladım.

\*Tıbbi durumum,tedavi ve riskleri ile alternatif tedaviler hakkındaki sorularımı doktorumla tartıştım, sorularım ve düşüncelerime tatmin olduğum cevaplar aldım.

\*Cerrahinin gerekliliklerini tam olarak yerine getirebilmek için ameliyat öncesindeki bulguların yanında ve daha önemli olarak ameliyattaki bulgulara dayanılarak ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak anlatılandan daha geniş cerrahi girişim yapılma zorunluluğu oluşabileceği ve bende daha fazla sekel kalabileceği belirtildi.

\*Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum.

 \*Ameliyat sırasında organ ve dokuların çıkarılabileceği, bunların analiz amaçlı bir süre saklanacağı ve sonrasında hastane tarafından atılacağı konusunda bilgilendirildim.

\*Ameliyat sırasında hayati tehdit edici olaylar gelişebileceği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim.

\*Ameliyat sırasında fotoğraf ve video görüntülerinin alınabileceği ve bunların daha sonra sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılabileceğini biliyorum.

\*Ameliyatın durumunun daha iyiye yada daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım.

\*Ameliyat sırasında veya sonrasında ya da anestezi sırasında önceden bilinemeyen durumların ortaya çıkması halinde yukarıda anlatılanların dışında işlemlerin gerekebileceğini anladım. Bu durumda yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarının gerekebilecek uygulamalara karar vermeleri ve yapmalarını ve ayrıca onların uygun göreceği ilgili dallardaki uzmanların cerrahi girişime katılmalarını onaylıyorum. Yukarıdaki bilgilerin hepsini okudum ve bu bilgilerden başka birçok sözlü bilgi verildi.

Aşağıdaki boş alanı kendi el yazınızla **''Bana** **verilen bu evrakı okudum, anladım ve tedaviyi kabul** **ediyorum.''** şeklinde doldurunuz.

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

(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

**Hastanın ya da hastanın yasal temsilcisinin; Tedavi uygulayan hekimin;**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

TC Kimlik No : İmza :

Doğum Tarihi :

Tarih /Saat :

İmza :

*NOT: Onam formu iki nüsha olarak hazırlanır, bir nüshası hastaya veya kanuni temsilcisine verilir, diğer nüsha ise sağlık kurumu tarafından arşivlenir.*