



OP. DR. AHMET CAYMAZ

KBB HASTALIKLARI, BAŞ & BOYUN CERRAHİSİ

Yanak İçi Yağ Aldırma Ameliyatı (Bişektomi) Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, plastik cerrahiniz size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulunca, son sayfadaki formu imzalayınız.

Ameliyat /İşlemin Yöntemi: Yanak yağının alınması, kilo aldığı anda yanaklarında yağ toplanması olan ve yanaklarındaki dolgunluktan hoşlanmayan kişilere yapılabilir. Yanak yağının 20-25 yaşlarından önce alınmaması önerilmektedir, çünkü 20-25 yaşlarına kadar yanakları dolgun olan kişilerin bu yaştan sonra yanaklarındaki dolgunluk azalabilir. Burada kişinin genetik özellikleri de önemlidir. Bu ameliyatla yanaklarınız çökmez. Bazı hastalar ameliyatla olabildiğince çok yağ alınmasını ve yanaklarının çökük olmasını istemektedirler. Yanak yağ yastıkçıklarının alınması ile yanaklar çökmez, sadece dolgunluğu, pofudukluğu azalır, düzleşir. Ameliyat, hem ağız içinden hem de yanağın dışından yapılır. Ağız içinden özel bir noktadan girerek yanak yağ kitlesinin bir kısmını oluşturan Bichat yağ yastıkçığı alınır. Yanağın dışından ise ince kanüllerle yanak cilt altı yağ dokusuna liposuction yapılır. Sonucun etkili olması için bu ikisinin bir arada yapılması önerilir. Bichat yağ yastıkçığı, ağız içinden alındığı için enfeksiyonu önlemek amacıyla ameliyat öncesi ve sonrası antibiyotik alınması önemlidir. Ameliyattan önce klinik arşivine koymak ve ameliyat sonrası görünüşünüzle karşılaştırmak için resimleriniz alınır.

Ameliyatın / İşlemin Faydaları: Yanak yağ yastıkçıklarının alınması ile yanaklar çökmez, sadece dolgunluğu, pofudukluğu azalır, düzleşir.

Ameliyatın /İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Yanaklardaki dolgunluk ve pofudukluk olduğu gibi kalır.

Alternatif İşlem/Tedavi:

İşlem Öncesi ve Sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar ve bunlara dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: Yanak yağının alınması herhangi bir hazırlık gerektirmez; sadece genel anestezi için yapılan rutin hazırlık ve tahlillerin yapılması yeterlidir. Ameliyat öncesi en az 10 gün içinde aspirin gibi kanı sulandırıcı ilaçlar almamış olmanız önemlidir. Kan sulandırıcı alınması kanama riskini arttırır.

Ameliyatın / İşlemin Riskleri, Komplikasyonları: Görülmesi en muhtemel riskler, ağız içinden çalışıldığı için enfeksiyon ve kanama riskidir. Enfeksiyonu önlemek için mutlaka antibiyotik alınır. Kanamayı önlemek için ise ameliyatta tüm kanamaların durdurulması ve ameliyat sonrası özel, baskılı başlık kullanmak yeterlidir. Bu riskler çok nadirdir. Genellikle yüz güldürücü sonuçlar alınır. Bazı vakalarda üst dudakta 1-2 gün süren uyuşma ve hissizlik görülebilir. Bunun sebebi ameliyat sırasında ağız içine yapılan uyuşturucu iğne ve üst dudağa giden yüz sinirinin ameliyattan etkilenmesidir. Bu sinir dalı ağız içinden alınan yağ kitlesinin yukarı doğru uzanan uzantısının içinden geçer, ameliyatta yanak yağ kitlesi ağız içine doğru çekilirken bu sinir dalı da bir miktar çekiştirilmiş olur. Bu tahrişe bağlı olarak üst dudakta bir iki gün süren hissizlik olabilir, geçicidir.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

•Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.

Tanı _____
Yapılacak tedavi/işlem _____
Uygunsa taraf/seviye bilgisi Sağ Sol İki taraflı Seviye _____
Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığımı hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/-yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Hasta Adı soyadı: _____ Doğum tarihi: _____ Hastanın yasal temsilcisi Adı soyadı: _____ Yakınlık derecesi: _____ Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni: <input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı <input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok <input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük <input type="checkbox"/> Acil	İmza: _____	Tarih: _____	Saat: _____
Şahit Adı soyadı: _____	İmza: _____	Tarih: _____	Saat: _____
Bilgilendirmeyi yapan hekim Adı soyadı: _____	İmza: _____	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.