

# VARİKÖZ VEN CERRAHİSİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dosya No:  
Soyadı:  
Adı:  
Doğum tarihi:

## ÖNERİLEN TEDAVİ

Doktorum bende (hastasm adı) ..... variköz venler olması nedeniyle (sağ/sol/her iki bacak) ..... tarafa cerrahi girişim yapılması gerektiğini açıkladı.

Bu işlem bacakta yüzeyde görünen genişlemiş venlerin çıkarılması anlamına gelmektedir. Cerrah aynı zamanda duruma eşlik eden verilerdeki geri akımlarla ilgili müdahalede bulunabilir.

Genel, epidural, spma! yada fokal anestezi altında, cerrah özel bir tel yardımıyla uzun ve veya kısa bacak venini çıkarabilir, daha önceden oeuirlenen yerlere kesiler yaparak variköz Venleri dışarı alabilir yada sadece geri kaçakları önlemek için uzun ve veya kısa bacak venini ana venle birleştikleri yerde bağlayabilir.

## RİSKLER

Bunlar sık görülen risklerdir, Burada anlatılmayan daha az sıklıkla karşılaşılan risklerde olabilir. Genel yada özel sorularınız varsa lütfen cerrahınıza sorunuz.

Bu risklerin bazılarının anesteziyle ilgili olduğunu anlıyorum (Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formuna bakınız),

Kullanılan ilaçlardan herhangi biriyle ilgili yan etkiler olabileceğini anladım. Sık karşılaşılanlar başdönmesi, bulantı, deri döküntüleri ve kabızlıktır.

Variköz ven cerrahisinin aşağıdaki risk ve kısıtlamalara sahip olduğunu arıladım.

- Genel anestezi kullanılırsa akciğerimde enfeksiyona yatkınlık yaratan küçük alanlarda çökmeler olabilir ve bu durumda fizyoterapi ve antibiyotik gerekebilir.
- Bacağımda ağrı ve şişme ile birlikte pıttı (derin ven trombozu) oluşabilir, Pıttıdan bir parça kopması durumunda bu parça akciğere giderek (pulmoner emboi) nefes darlığı yapabilir. Bu durum nadiren hayatı tehdit edebilir.
- Venlerin çıkarıldığı bölgelerde geçici morarmalar oluşabilir.
- Yaralarda kanama olabilir, bunlar için hafif baskı gerekebilir.
- Nadiren kızarıklık, ağrı ve şişlikle seyreden elli enfeksiyonu olabilir ve antibiyotik kullanmam gerekebilir.
- Cildimde kesi yapılan bölgelerde İnce skarlar oluşacaktır. Zaman içinde bunlar pigmente olabilir, kümeler oluşturabilir veya ince 'alev' benzeri venler halini alabilir,
- Sağlıklı venler de ileride genişleyip variköz olabilir, durum tekrarlayabilir.
- Safen venin çıkarılması durumunda ciltte uyuşma-hissizlik oluşabilir ve bu durum zaman içinde düzelebilir.
- Kesi yerlerinde kullanılan dikiş materyaline reaksiyon olabilir.

Eğer sigara içiyorsam, kronik akciğer rahatsızlığım varsa, şişmansairu şeker hastalığım, yüksek kan basıncı değerlerim varsa veya bilinen kalp rahatsızlığım varsa bu risklerin daha yüksek oranla oluşabileceğini anlıyorum. Tedaviden en iyi faydayı sağlamam için ameliyattan sonra düzenli yürüyüş yapmam gerektiğini anladım.

## BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerimle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonların olası olduğunu anlıyorum.

---

---

---

---

---

Dosya No:  
Soyadı:  
Adı:  
Doğum tarihi:

---

#### HASTANIN BEYANI

- Cerrahim bana prosedür ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri verdi, özel konular hakkında sorduklarımı cevapladı.
- Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını, kabul ediyorum.
- Gerekli olduğu takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum. **EVET** **HAYIR**
- Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- Öngörülen cerrahi girişimin gördüğüm doktor tarafından yapılabileceğini, girişimin deneyimli bir doktor denetiminde halen eğitim görmekte olan başka bir doktor tarafından yapılabileceğini anladım.
- Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dokümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dokümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
- Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.

**Hastanın imzası**

**Tarih**

---

Eğer hasta bir erişkinse ve onam veremiyorsa hastayı getiren kişi tarafından bir vekalet formu doldurulmak ve imzalanmalıdır.

#### DOKTORUN BEYANI

- Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim.
- Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

**Doktorun imzası**

**Doktorun Adı**

**Tarih**

---

**ŞAHİDİN BEYANI** (Tercihen hasta yakini)-Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

**Şahidin imzası**

**Tarih**

**Şahidin Adı**

---