

İSİM SOYAD:

ADRES:

TARİH:



Estetik Plastik Cerrahi

Op. Dr. Oytun İdil

Estetik plastik cerrahi - El cerrahisi - Mikrocerrahi

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

DİL KÜÇÜLTME AMELİYATI

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 cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

DİL KÜÇÜLTME AMELİYATI BİLGİLENDİRME FORMU

Dilin olması gerekenden büyük olması sorunu, hem doğuştan, hem de sonradan oluşabilir. Dolayısı ile hastalar bebek, çocuk ya da yetişkin çağda olabilir. Dilin gereğinden büyük olmasının belli bir kriteri yoktur. Dilin büyüklüğü, ağzın açık kalmasına yol açıyorsa, ağızdan tükürük akıntısına yol açıyorsa, konuşma, beslenme ve nefes almayı zorlaştırıyorsa dilin büyük olduğundan bahsedebiliriz. Doğuştan dili büyük olan bireylerde dilin itmesi ile diş ve çene yapısı da bozulabilir. Bu sorunların tek çözümü dilin cerrahi olarak küçültülmesidir. Konuşma bozukluğu olan kişilerde ameliyattan sonra konuşma düzelmeyebilir ve hastanın ayrıca konuşma terapisi alması gerekebilir. Diş ve çene yapısı bozuk olan bireylerde ayrıca ortodontik işlemler ve ortognatik cerrahi işlemler gerekebilir. Dil küçültme ameliyatı ile sadece dilin büyüklüğü küçültülür; dilin büyük olmasının yol açtığı diş ve kemik yapıdaki şekil bozuklukları düzelmez. Bunları düzeltmek için ayrıca tedaviler yapılmalıdır.

Ameliyatın planlanması için hasta mutlaka ameliyattan en az 1 gün önce muayenehanede görülür. Hastanın yaşı, ağız çene yapısı, mesleği, konuşma, beslenme, nefes alma zorlukları dikkate alınarak neye ihtiyacı olduğu tespit edilir (dilde kısaltma, daraltma ya / ya da inceltme). Bazen dilaltı bağının kesilip uzatılması gibi ek işlemler gerekebilir. Ameliyat buna göre planlanır. Kliniğimizde "anahtar deliği" şeklindeki ameliyat planı (obwegeser çizimi) tercih edilmektedir. Bu ameliyat planı ile dilin damar ve sinirleri korunur; dilin tat alma fonksiyonu etkilenmez.

Ameliyat genel anestezi ile yapılır. Anestezi burundan tüp konularak verilir. Bebek hastalarda ve ağız boşluğu dilin büyüklüğü yüzünden dolu olan hastalarda gırtlaktan nefes deliği açılması anlamına gelen trakeostomi açılması gerekebilir. Trakeostomi, genellikle kulak burun boğaz doktorlarının gerçekleştirdiği ayrı bir cerrahi girişimdir ve kendine has özellikleri, riskleri vardır. Trakeostomi gerekliyse bu işlemi gerçekleştirecek kulak burun boğaz uzmanı tarafından ayrıca bilgilendirilmelisiniz. Trakeostomi, genellikle ameliyattan bir süre sonra kapatılır. Ameliyat planına göre dilin fazla bulunan kısmı çıkarılıp kanamalar durdurulduktan sonra dile doğal bir form verilerek dikişler atılır. Pansuman yapılmaz. Hasta, hastanede en az 1 gece yatırılır.

Özellikle bebek hastalarda dil büyüklüğü yanında başka organ anomalileri de bulunabilir. Bu anomaliler olabilecek komplikasyon ihtimallerini artırabilir. Hayati risk yaratabilecek ek komplikasyonlar söz konusu olur. Hasta ve hasta yakınlarının bu ihtimalleri göze alması gerekir. Ek anomaliler olmasa da bebeğin yaşı ve kilosu itibarıyla anestezi alması bile tek başına hayati risk yaratır. Bu riskler hakkında anestezi doktoru tarafından ayrıca bilgilendirme yapılmalıdır.

Ameliyattan sonra dilde şişme, beslenme zorluğu, kanama, enfeksiyon, dikişlerde açılma gibi komplikasyonlar teorik olarak görülebilse de genellikle pratik uygulamalarda bu sorunlarla pek karşılaşmıyoruz. Ameliyattan sonra oluşabilecek bir komplikasyon da dilin yetersiz ya da gereğinden fazla küçültülmüş olmasıdır. Ameliyatta dil yetersiz küçültülmüş ise bu ciddi bir sorun değildir ve ameliyatın şişlikleri indikten sonra (ameliyattan en az 6 ay sonra değerlendirilmelidir) dil, ufak bir ameliyatla biraz daha küçültülebilir. Ameliyatta dil aşırı küçültülmüşse bunun geri dönüşü mümkün olmayabilir. Olabilecek en ciddi komplikasyon budur.

Ameliyattan sonra 3-5 gün kadar tanesiz, sulu gıda ile beslenmek gerekir. Bu dönemde bebek hastalar kaşıkla ve dikkatle beslenmelidir. Bebek hastalara nasogastrik tp aracılığı ile beslenme sağlanabilir. Hastalar 1 hafta kadar antibiyotik ve ağrı kesici alacaktır. İyileşme döneminde başın yüksekte tutulması önemlidir; dildeki şişmeyi önler.

Hastanın dilindeki dikişler eriyen ipliklerle atıldığından kendiliklerinden eriyerek dşerler. Ameliyat ipliklerinin yutulmasında sakınca yoktur.

CERRAHİ İŞLEM VEYA TEDAVİ ONAYI

1. Bu belge ile **Dr. Oytun İdil** 'i, tedavimi ve ameliyatımı yapmak üzere yetkili kılıyorum. Aşağıda yazılı bilgi formunu / formlarını aldım.

2. Ameliyat sırasında veya anestezi ve tıbbi tedavi sırasında, önceden tahmin edilemeyen durumların yukarıda belirtilenlerden daha değişik işlemler gerektirebileceği hakkında fikir sahibiyim. Bu nedenle, yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarını, mesleki bilgilerinin ışığında gerekli değerlendirmeyi yapıp, bu tür işlemleri uygulamada yetkili kılıyorum. Bu paragrafta verilen yetki, ameliyata başlarken doktorumun önceden bilemeyeceği ve tedavi gerektiren durumları da içerir.
3. Tavsiye edilen ve gerekli olan anestezi maddelerinin verilmesini onaylıyorum. Bütün anestezi türlerinin risk içerdiğini, istenmeyen durumlara (komplikasyon), hasarlara ve bazen ölüme sebep olabildiğini biliyorum.
4. Sonuçlar hakkında kimse tarafından hiçbir garanti verilemeyeceğini kabul ediyorum.
5. Sadece tıbbi, bilimsel veya eğitim amaçlı olarak, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında fotoğraf ve film çekilmesini, kimliğimin saklı tutulması kaydıyla vücudumun uygun bölgelerinin görüntülenmesini onaylıyorum.
6. Tıbbi eğitime katkıda bulunması amacı ile ameliyathanede izleyicilerin bulunmasına izin veriyorum.
7. Ameliyat sırasında gerektiği takdirde vücudumdan her türlü dokunun alınmasına, incelenmesine ve hastane kayıtları için saklanmasına izin veriyorum.
8. Gerektiği durumlarda, yasal bildirim açısından hasta bilgilerimin resmi makamlara açıklanmasına izin veriyorum.
9. Aşağıdaki bilgiler anlayabileceğim bir şekilde bana açıklanmıştır.
 - a. Yukarıdaki cerrahi işlemin ya da tedavinin yapılacağı...
 - b. Diğer tedavi seçeneklerinin varlığı...
 - c. Tedavi ya da cerrahi işlemin riskler içerdiği...

A YA DA B ŞİKKİNİ İMZALAYINIZ

A. Tedavi ya da cerrahi işlemi ve yukarıda belirtilen maddeleri onaylıyorum. İsteğim doğrultusunda daha ayrıntılı bilgi, alternatif tedavi yolları hakkında bilgi ve tedavinin riskleri hakkında bilgi verilmiştir.

Tarih: _____

Hasta ya da Hastanın Vekili _____ İMZA _____

Şahit _____ İMZA _____

B. Tedavi ya da cerrahi işlemi ve yukarıda belirtilen maddeleri onaylıyorum. Daha ayrıntılı bir bilgi isteyip istemediğim sorulmuştur. Ancak daha ayrıntılı bilgi istemiyorum ve verilen bilgi benim için yeterlidir.

Tarih: _____

Hasta ya da Hastanın Vekili _____ İMZA _____

Ş

a
h
i
t

—
—
—
—