**POSTERİOR FOSSA YERLEŞİMLİ TÜMÖR (BEYİN TÜMÖRÜ) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir, Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır, Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onamı geri alabilirsiniz.

# **Genel Bilgilendirme**

Posterior fossa, yani beynin alt kısmında (beyincik) yerleşen tümörlerin boşaltılması ameliyatına kafatasından bir kısım kemiğin çıkartılıp ameliyat sonunda yerine konması demek olan kraniotomi işlemi ile başlanır.

Kraniotomi öncesinde tümörün üzerine karşılık gelen kafa derisi bölgesi kesilir. "Kemik flebi” denen kafatasının bir parçası cerrahi testere ile kesilip çıkarılır. Bu işlem yerine nadir de olsa kraniektomi (kafatası kemiklerinin yerine konamayacak şekilde ufak parçalar halinde çıkartılması) denen işlem yapılabilir. Tümörün yerine göre beyin zarı olan dura açılır, beyincik dokusu ya ekarte edilerek ya da beyincik dokusuna yapılacak kesi ile tümöre ulaşılır. Bu işlemin amacı mümkün olduğu kadar tümör çıkartılıp beyin üzerindeki basınç giderilirken, nörolojik fonksiyonların da elden geldiğince korunması veya düzeltilmesidir.

Ameliyatta gerekirse vücudun başka yerinden (öncelikli olarak bacak) bir doku alınarak dura kapatılır. Daha sonra kemik flep yerine konur ve kafa derisi kesisi dikilir. Eğer beyin gereğinden fazla şiş ise cerrah kemiği yerine koymama kararı verebilir. Ameliyat her zaman arzu edildiği şekilde sonuçlanmayabilir. Öngörülmeyen veya beklenmeyen bir durum olması halinde, cerrahın ve yardımcılarının yukarıda anlatılanlardan daha farklı bir müdahalede bulunması olasıdır.

# **Ameliyat Riskleri**

* Ameliyatın Başarısız Olması: Ameliyat ile tümör tamamen çıkartılamayabilir. Ayrıca ameliyat öncesi mevcut olan nörolojik tablo ve yakınmalar ameliyat sonrası düzelmeyip daha da kötüleşebilir,
* Beyin Hasarı: Uygulanacak işlemin beyin, beyincik ve beyinsapı dokusuna hasar verme riski mevcuttur. Bu hasar sonrası oluşabilecek belirtiler (semptomlar) ameliyat alanının ve tümörün yerine göre değişiklik gösterebilir. Beyin sapı beyin yarımküreleri ile omuriliğin arasındaki bütün sinirsel yolakların geçtiği yerdir. İçerisinde solunum, dolaşım (kalp atımı), yutkunma, vücut sıcaklığı gibi denge merkezleri bulunmakla beraber, oturma ve yürüme dengesi, el kol koordinasyonu, kol ve bacakları hareket ettiren merkezler, işitme yollan gibi oldukça fazla yolaklar bulunmaktadır. Bu merkez ve yolların hasarlanmasına bağlı olarak hastada aşağıdaki ek sorunlar oluşabilir.
* Kalp durması ve ölüm sözkonusu olabilir.
* Solunumun durması ve buna bağlı olarak ölüm ya da hayatın bir döneminde ya da geri kalan kısmının tamamında trakeostomili (nefes borusuna adem elmasının altından takılan bir boru) ve/veya solunum cihazına bağlı kalınabilir.
* Hasta beyin sapı fonksiyonlarının kaybı nedeniyle ömrünün sonuna kadar bitkisel hayatta, yoğun bakımda kalabilir.

 Kafa sinir çiftlerinin hasarına bağlı olarak hasta ameliyattan sonra gözlerini oynatamayabilir, göz kapağını kapatamayabilir buna bağlı gözlerinde keratit denilen ve körlüğe kadar gidebilen sorunlar olabilir. Yine bu nedenle yüz felci olabilir ve hasta yüz kaslarını ve ağzını oynatamayabilir. Buna ya da yutma güçlüğüne bağlı olarak ağız kenarından tükürükleri akabilir.

 Yutma sorunları olabilir, hasta burnundan midesine giden bir boru (NG-ND) ya da direkt göbek deliğinin üzerinden midesine 'takılan bir boru ile (PEG) geçici bir süre ya da ömür boyu beslenebilir.

 El ve kollarda felçler olabilir.

 Denge problemleri, bulantı, kusma görülebilir.

* El-kol ve bacak koordinasyon problemleri olabilir.

 Konuşamama (Mutizm); bu bölgenin cerrahisinde nadiren de olsa geçici ya da kalıcı konuşma problemleri olabilir.

* Ölüm: Ameliyat sırasında veya sonrasında ölüm riski mevcuttur.
* Kanama: Nadir olsa da ameliyat sırasında veya sonrasında ileri derecede olabilecek bir kanama riski mevcuttur. Kanama durumunda ek bir tedaviye veya kan verilmesine (transfüzyon) ihtiyaç duyulabilir. Kan naklinin ölüm de dahil olmak üzere ateş, alerji gibi riskleri mevcuttur. Ağrı kesici ilaçlar gibi tedavilerin kullanımı kanama riskini arttırabilir.
* İşitme Kaybı: Ameliyat sonrası çeşitli seviyelerde işitme kaybına rastlanabilir.
* Ameliyat Sonrası Ağrı: Ameliyattan sonra 1 (bir) haftadan 1 (bir) aya kadar uzayabilen sürelerde kraniotomiye bağlı baş ağrısı görülebilir.
* Hidrosefali: Ameliyat sonucunda beyin etrafında dolaşan beyin—omurilik sıvısının dolaşımında bozukluklar olabilir. Bu durumu düzeltmek amacıyla ameliyat dahil çeşitli ek tedavilerin uygulanması gerekebilir.
* Nüks (Tekrarlama): Tümörün eski bölgesinde tekrarlama riski vardır. Fakat bu durum tümörün cinsine veya ilk ameliyatta ne oranda çıkartılabildiğine bağlı olarak değişebilir.
* Enfeksiyon: Enfeksiyon, cilt kesi bölgesinde olabileceği gibi kraniotomi flebinden (kesilen kemik parçası) de kaynaklanabilir. Enfeksiyona bağlı riskler arasında menenjit gelişmesi (beyin ve omuriliği saran zarların iltihabı) ve beyin apsesi (irin birikimi) oluşumu bulunur.
* Nöbet (Havale): Beyindeki anormal bir elektriksel olay nöbet (havale) geçirmeye neden olabilir. Bu durum tümörün kendisinden veya çıkarılması sonrası oluşan değişimlerden kaynaklanabilir. Ancak beyincikte yerleşimli tümörlerin cerrahisinde havale geçirme oranı çok azdır.
* Kan Pıhtısı Oluşumu: Kan pıhtısı her çeşit ameliyat sonrası oluşabilir. Kanama bölgesinde oluşan pıhtılar kan akımını engelleyip ağrı, ödem, inflamasyon veya doku hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir. Bacaklarda pıhtı oluşup akciğerlere gidebilir ve akciğer kanlanmasını bozup ölüme yol açabilir.

# **Diğer Tedavi Seçenekleri**

* Her türlü riski göze alıp ameliyatı yaptırmamak
* Stereotaksik biyopsi
* Eğer hasta için uygun görülürse radyoterapi (ışın tedavisi), kemoterapi (ilaç tedavisi) ya da her ikisinin kombine tedavisi
* Bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile takip

# **Hastanın Sağlığı için Öneriler**

Ameliyatın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamulleri (sigara, nargile, puro, pipo vb.)

|  |
| --- |
| **Hastaya ait kişiye özel durumlar ve olası riskler :**  *Hikaye, yapılmış olan tedaviler, medikal özgeçmiş (hastanın yakınmaları ve süresi, kullandığı ilaçlar, alerji ve alışkanlıkları ) , Son fizik muayene bulguları, Ön tanı, Önerilen tedavi/cerrahi müdahalede hastaya ait olabilecek riskler, Planlanan müdahale alternatifleri ve riskleri üzerine hastaya ait özel durumlar, Alternatif tedaviler ve riskleriyle ilgili hasta özelinde varsa ifade edilmesi gereken durumlar, Önerilen tedavinin riskleri ve ameliyat sonrası hastanın kişiye ait özel durumlarından kaynaklanabilecek olası riskler, Ek cerrahi girişim ihtimali , ilgili cerrahi öncesi gerekecek tanısal testlerin detaylar ve riskleri, gerekebilecek ilaç tedavisinin olası yan etkileri ve risklerinden kişiye ait özel durumlar nedeniyle özellikle bahsedilmesi gerekenler* |

**Onam Doğrulama:**

Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ve Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ve yardımcılarını \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu önerilen müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Girişim başladıktan sonra onamımın geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olduğunu biliyorum.

Dokunun kullanımı : Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir.

Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma : Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum.

Fotoğraf/İzleyiciler : Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

* Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların riskini biliyorum.
* Müdahalenin risk ve yan etkilerini biliyorum.
* Başarı olasılığını biliyorum.
* Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
* Yapılacak işlemin iyileştirme garantisi olmayabileceğini anlıyorum.
* Bana söylenenlerin tümünü anladım.
* Doktorum tüm sorularımı cevapladı.
* Doktorum burada yazılanları teker teker benim anlayabileceğim şekilde net anlaşılır ve açıklayıcı biçimde bana anlattı.
* Ameliyatıma dahil olacak ,cerrahimi gerçekleştirecek , cerrahime danışmanlık eden, gereği halinde ameliyata icabet edecek ameliyatın bir kısmını ,önemli bir kısmını-aşamasını veya gereği halinde tamamını gerçekleştirmek veya gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmek için organize olmuş, ihtiyaç halinde gerekebilecek her türlü müdahale için hazır bulunan, ameliyatımın sorumluluğunu almış ameliyatımla ilgili karar süreçlerine dahil olmuş ameliyatımın başarılı geçmesi için uğraşan tüm hekimleri biliyorum ve bu hekim ekibini ameliyatımın sorumluluğunu alması için yetkilendiriyorum.
* Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktorun yetkisi, bilgisi, planlaması, sorumluluğu, gözlemi, gözetimi ve yönetimi altında, cerrahi planlama ve görev paylaşımı sonucunda kurumumuzun bir eğitim hastanesi olması nedeniyle ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan asistan/araştırma görevlisi hekimin kim olduğunu biliyorum ve her koşulda girişimi gerçekleştirecek kişinin yeterli deneyimde olacağını anlıyorum ve kabul ediyorum.
* Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum.
* Tedavinin yaklaşık maliyeti konusunda bilgilendirildim.
* Bana müdahale yapacak kişileri, müdahale yapması ihtimali olan kişileri biliyorum.
* Kendi özgür irademle karar veriyorum.
* Müdahaleden makul süre önce ikinci bir görüş almaya yetecek kadar ve burada yazılanları sakince, avantaj ve dezavantajları düşünecek kadar zamanım oldu.
* Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım.
* Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formda hedeflenen girişim veya girişimlerin bir kısmının veya tamamının sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için gerçekleştirilememe ihtimali de olduğunu anlıyor ve kabul ediyorum.
* Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hasta(mutlaka kendisi imzalamalıdır.)  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi  Adı soyadı:  Yakınlık derecesi:  Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:   * Hastanın bilinci kapalı * Hastanın karar verme yetisi yok * Hasta 18 yaşından küçük * Acil | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Şahit  Adı soyadı: | imza : | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyata Danışmanlık eden Öğretim Üyesi :  Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor :  Ameliyat Ekibine dahil Sorumlu Başasistan :  Ameliyat Ekibine dahil olan diğer Doktorlar : | |  | |  |  |
| Bilgilendirmeyi yapan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan hekim  Adı soyadı: | imza: | | Tarih: | | Saat: |
| Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor  Adı soyadı: | imza: | | 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.

\* Formun son sayfasında muhatap tarafından kendi el yazısı ile ‘**’ Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı, kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’** şeklinde yazılıp imzalanması gerekir.

\*Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfaları muhatap tarafından ‘’**okudum’’** yazarak imzalanmalıdır.

\*Bu formda mutlaka **bilgilendirmeyi yapan hekimin, hastanın kendisinin veya hastanın yasal temsilcisinin ve en az bir şahitin** imzasının bulunması şarttır.

\*Bu formu iki nüsha olarak basılmalı ve her ikisi de imzalandıktan sonra biri hastaya verilmeli diğeri hastanın dosyasına konulmalıdır.

(‘’Bu Aydınlatma ve Onam formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı. Onam doğrulama bölümündeki tüm maddeleri okudum, anladım, kabul ediyorum. Kendi rızamla ------------ işleminin yapılmasına izin veriyorum.’’)

***(Bu bölüm hastanın veya yasal temsilcisinin mutlaka kendi el yazısı ile aşağıdaki alana yazılacaktır ve imzalanacaktır.)***

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

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

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

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

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

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

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