C1-2 OMURLAR ARASI KIRIKSIZ-KIRIKLI ÇIKIK YADA SUBLUKSASYON ONAM FORMU

Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

**TANIM:** Atlas ve axis dediğimiz omurganın en üst iki omuru arasındaki ilişki bozulmuş ve çıkık meydana gelmiştir. Bu çıkık bazen kırıklı bazen kırıksız olur. Çıkık omuriliğin bulunduğu spinal kanalı daraltarak felce ve ölüme neden olabilir. Spinal bölgeye göre oluşturduğu semptomlarla karakterize bir hastalıktır. Eğer kırık üst servikal bölgede ise kol ve bacaklarda felç, solunum güçlüğü, idrar ve dışkılama kontrolünün kaybı gibi bulgular ortaya çıkar. Kırık gövde veya bel omurlarında ise, bacaklarda felç, idrar veya dışkılamanın kontrol edilememesi gibi bulgular verir. bu nedenle çıkığın tedavisi şarttır. TEDAVİ SIRALAMASI şu şekildedir

1. **KAPALI YÖNTEMLE ÇIKIĞI OTURTMA İŞLEMİ.** Hasta görüntüleme altında genel anestezi yada yarı uyur vaziyette iken kafasına takılan bir çemberle ağırlık asılır ve ve ağırlıkla çıkık oturtulmaya çalışılır. İşlem sonrası filme alınır. Çekilen tomografi ile oturtma işleminin başarılı olup olmadığı kontrol edilir. Eğer hasta çıkıktan sonraki kronik dönemde geldiyse o zaman kapalı redüksiyon dediğimiz bu işlem yanı çıkığı oturtma işlemi başarılı olamaz ve açık ameliyata dönülür. İşlem başarılı olduysa doktorunuzun önereceği süre boyunca sert halo dediğimiz boyunluğu 3 ay takacaksınızdır. Ara ara rehabilitasyon işlemi uygulanır. Bu işlemin de kendine has kanama felç yada ölüm riski olup son derece düşüktür.
2. **AÇIK CERRAHİYE DÖNÜLMESİ :** İşlem kapalı yöntemle başarılı olmasza uygulanır. Omuriliğe baskı yapan kemiklerin çıkarılması, çıkık olan kemiklerin yerine oturtulması ve omurilik stabilizasyonunu sağlamak için önden veya arkadan kullanılan enstrumanlar ile sabitleme yapılması gerekli olabilir. Arkadan yaklaşımlarda da aynı mantıkla kırık kemik bölgesi çıkarıldıktan sonra plak ve vidalar ile sabitleme yapılmalıdır. Bazen de ağız içinden yada çene altından yaklaşımda cilt kesisi yapılıp çıkık yada kırık vertebraya ulaşılır. Bası yapan kemikler çıkarılır veya yerine oturtulur. çıkarılan bölgeye hastanın vücudundan alınan veya sentetik greftler konur. Plak ve vidalarla sabitleme yapılır ve cilt kapatılır. Eğer posteriordan yani omurganın arka tarafından cerrahi yapılacaksa cilt kesisinin ardından kırık yada çıkıklı bölgeye ulaşılır, kırık ve bası yapan kemikler çıkarılır, gerekiyorsa çıkık vertebralar yerine oturtulur. Plak ve vidalar ilie sabitleme yapıldıktan sonra cilt kapatılarak operasyona son verilir. **Bu işlem esnasında boyun hareketlerinden sağa sola bakmada kısıtlılık olacaktır bunu bildiğiniz kabul edilmiştir.**

ANESTEZİ UYGULAMASI: Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

KAN VE KAN ÜRÜNLERi KULLANIMI: Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

ÖNERiLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ

Boyun hareketlerinde kısıtlılık, eğer kapalı çıkık oturtması ile işlem bitirildiyse olmayacak ama cerrahi ile yapılacaksa ve vidalanacaksa bu sorun olacaktır, ama çıkığın cilt kesisi ile oturtulduktan sonra sadece halo denen boyunluk verilecekse hareket kısıtlılığı olmayacaktır.

* Kanama: Çok nadir olsa da ameliyatım sırasında omurganın hemen önünde yer alan ana atar ve toplardamarlar hasarlanabilir. Bu durumda bulgular ameliyat esnasında veya ameliyat sonrasında ortaya çıkabilir ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Acil müdehale gerekebilir.
* 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.
* Omurilik yaralanması: Çok nadir olsa da ameliyat esnasında omurilik yaralanmasına bağlı felç meydana gelebilir. Eğer hasta felçli ameliyata girmiş ise çok nadir felcinde ilerleme olabilir.
* Ağrı yakınmasında artışı: Nadir de olsa ameliyat sonrasında ağrı yakınması artabilir.
* Sinir kökü yaralanması: Sinir kökü yaralanması; bacakta ağrıya, ilgili kas gruplarında güçsüzlüğe (felç), ve ilgili dermatomlarda da duyu bozukluklarına neden olabilir.

Ses kısıklılığı: ses teli bu işlem esnasında etkilenebilir kalıcı yada geçici ses teli felci oluşabilir.

* Beyin omurilik sıvısı kaçağı riski: Cerrahi sırasında omurilik zarının hasarı ile veya sonrasında yara yerinden dış ortama beyin omurilik sıvısı kaçağı oluşabilir. Bunun tedavisi için spinal kateter veya yeniden aynı yara yerinin tamirine yönelik ek müdahale gerekebilir.
* Kardiak komplikasyonlar: Ameliyatın, düzensiz kalp ritmine veya kalp krizine yol açma gibi düşük bir riski bulunmaktadır.
* Ölüm: Nadir olsa da ameliyat sırasında veya sonrasında ölüm riski mevcuttur.
* İnfeksiyon: İnfeksiyon cilt kesisi veya çıkarılan disk bölgesinde oluşabilir. Eğer vida, rod, sentetik greft gibi enstrumanlar kullanıldı ise bunlara bağlı enfeksiyon, apse oluşumu gibi riskler vardır ve bu enstrumanların çıkarılması, uzun süreli antibiyorik kullanımı, tekrarlayan operasyonlar yapılabilmesi gerekebilir. Bazen menenjit oluşumu (beyin ve omuriliği saran zarların iltihabı da görülebilir.
* Omurilik zarı yaralanmasına bağlı Beyin omurilik sıvısı kaçağı ve gerekirse tamiri gerekebilir. Omurilik zarının içinden geçen sinirler hasarlanırsa idrar kaçırma, idrar yapamama, cinsel organ arazları, gayta (büyük abdest) tutamama gibi şikâyetler çok nadirde olsa görülebilir.

ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Başarı olasılığı altta yatan sebebe, hastalığın şiddetine sizin doktora geliş süreniz ve tedaviye verilen cevaba göre değişkenlik göstermektedir.

OLASI ALTERNATiF TEDAVi -(LER)

* ALÇI ve BOYUNLUK: Alçı kullanımı eski bir metoddur ve günümüzde tercih edilmez. Korse yada boyunluk gerçek bir stabilizasyon sağlamadığından her hastada

uygun değildir, ama bazı çıkık ve kırık tiplerinde öncelik verilerek başarı yakalanmaya çalışılır.

* İlaç tedavisi yoluyla ağrı veya kas spazmını gidermeye çalışmak NEKAHAT DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Hastanın ameliyat sonrası birkaç gün yoğun bakımda kalması söz konusu değildir ama nadiren gerekebilir. Yoğun bakımdan sonra bir iki hafta klinik takibin ardından eğer felç durumu var ise hasta fizik tedavi programına alınır. Eğer ameliyat yapıldıysa Ameliyat sonrası klinik dönem hastalığın şiddetine göre değişkenlik gösterir.

ÖNERiLEN TEDAVİYi REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Tedavi edilmediği takdirde nörolojik tabloda kötüleşme ve şikâyetlerde artma görülebilir.

ÖNERİLEN TEDAVİNİN KAPSAMI VE ONANMASI

-Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.

-Acil ve beklenmedik durumlarda açık ameliyat olmaya razıyım kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum. Bu işlemin medikal / paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin

ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini biliyorum ve onam veriyoruz.

|  |
| --- |
| 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.)***

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