ATLANTOAXİAL DİSLOKASYON ONAM FORMU

Tanım : C1‐C2 atlanto‐axial dislokasyon nedir?

# Özellikle romatolojik hastalıklar nedeniyle C1‐2 eklemi DENEN OMURGANIN İLK 2 EKLEMİN ARASINIDAKİ İLİŞKİNİN bozulması sonucu bu eklemde kırıklı yada kırıksız çıkıklar oluşabilir ve hastanın omuriliğine baskı yaparak ciddi sekellere neden olabilmektedir bu nedenle çıkık olan bu eklemin oturtulması ve vidalanması gerekmektedir.

En sık şikayet ense kökü ve baş ağrısıdır, daha çok ıkkınmada ve öksürmede omuzlara da yayılan şeklindedir, ellerde uyuşma ve güç kaybı gelişebilir bunun dışında da;

1‐Beyin sapı basısına bağlı şikayetler : Yürüme bozukluğu (ataksi), motor ve his kusuru, serebellar şikayetler (baş dönmesi, dengesizlik), alt kafa çiftlerinin defisiti (yutma güçlüğü), baş ağrısı.

2‐Santral kord denen omurilik şikayetleri : Ağrı ve ısı duyusunun kaybı olurken dokunma duyusunun sağlamdır

3. Beyincik şikayetler : Yürüme bozukluğu (ataksi), şızlı istemsiz göz hareketleri (nistagmus), konuşma bozukluğu (dizartri)... bu hastalıkta yalnızca ensede lokalize başağrısı ve beyin sapı basısı

bulguları görülürken, BAZEN DE hızlı nörolojik kötüleşme (zor solunum veya solunum durması, yediklerini akciğerine aspire etmesi gibi alt kaşa çiftlerinin etkilenmesi ve bunlara ek olarak omurilikte oluşan hasarın derecesine bağlı kol ve bacaklarda güç kayıpları) görülebilir.

# Yöntem :

C1‐2 ÇIKIKLARDA semptom veren olgularda erken cerrahi YAPILMAKTADIR, semptomsuz olgularda ise takip önerilmektedir. Bu ameliyatta ense kökünden girierek iki omur arasındaki çıkık bölgenin vidalanması yada yeniden oturutulması hedeflenmektedir.

BU HASTALIKTA güncel cerrahi girişim, arka kaşa çukurundaki basıyı kaldırmaya yönelik ‐posterior fossa dekompresyonu‐ ameliyatıdır. Bu girişim “suboksipital kraniektomi” olarak tanımlanan kaşa tabanındaki oksipital kemiğin foramen magnum arka kenarı ile birlikte çıkartılmasıdır. Bu girişime, “C1 ve C2 kısmı kemiklerinin arka bölümlerinin çıkartılması ve bazen de basının derecesine bağlı olarak VİDALANMASI GEREKİR. Beyin sapına ön taraştan da bası olan olgularda arka kaşa çukurunun basısının kaldırılması işleminden sonra olguların nörolojik şikayetlerinde düzelme olmadığında veya kötüleştiğinde arkadan vida ve plaklarla omurgaya kafa tası arkası sabitlenerek güçlendirilmektedir.

Rahatsızlığıma yönelik önerilen tüm cerrahi girişim/girişimleri anladım. Ameliyatımın avantaj ve

dezavantajları bana açıklandı. Bana önerilen girişim/girişimler; yukarıda tanımlanan ve bende bazılarının veya tamamının bulunduğu yakınmalarımın düzelmesi için uygulanacaktır. Ancak, yapılacak cerrah girişimin, yakınmalarımı tamamen düzelteceğine dair HerHangi bir

garantisinin de olmadığını anladım. Ayrıca, ameliyat esnasında veya sonrasında sağlığımla ilgili beklenmedik bir durum ortaya çıktığında doktorumun bana anlatılanların dışında şarklı veya ek bir

müdahalede bulunmasına müsaade ediyorum. ÖZELLİKLE bu eklemde vidalama yapıldığı zaman boynumu eskisi yukari aşağı ve sağa sola çeviremiyeceğimi anladım

# Ameliyatın Riskleri : Bu riskler 100 ameliyatta sadece bir veya 2 olguda görülürler

Yapılacak cerrahi uygulamanın faydaları yanında oluşabilecek risklerde bulunmaktadır. Bana yapılacak

cerrahi uygulama sırasında ve sonrasındaki oluşabilecek tüm riskleri kabul ediyorum. Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

* Anestezi riski : Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta şastaya verilen

pozisyon nedeniyle ‐yüzükoyun veya oturur pozisyon‐ ) riskler vardır. Ayrıca anestezinin şer şeklinde ve sedasyonda da ilaçlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ve zararlar bulunmaktadır.

* Kanama riski : Olağan olmasa da ameliyat esnasında (özellikle vertebral arter hasarı) veya sonrasında kanama mümkündür. Kanamanın kaynağı veya miktarına göre ek tedaviler ve kan transfüzyonu gerekebilir.
* Pıhtı oluşma riski : Pıhtı her türlü cerrahide oluşabilir. Oluşan pıhtı bası yaparak ağrı, inflamasyon, doku hasarı, beyin omurilik sıvı yollarının kapanması ile hidrosefaliye, omuriliğe bası yaparak her türlü nörolojik kötüleşmeye sebep olabilir. Bu durumlarda ek müdahaleler gerekebilir.
* Beyin omurilik sıvısı kaçağı riski : Cerrahi 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.
* Kardiyak komplikasyonlar : Yapılacak cerrahi sırasında kalp ritm bozukluğu veya kalp krizi riski mevcuttur.
* Ölüm : Nadir olsa da ameliyat esnasında veya sonrasında ölüm riski mevcuttur.
* Cerrahiden faydalanmama : Yapılacak cerrahi girişim yakınmaların tamamının veya bazılarının düzelmesini sağlamayabilir.
* Ağrı : Cerrahi sonrasında ağrı yakınmasında artma olabilir.
* infeksiyon : Yara yerinde veya derin dokularda infeksiyon olabilir. infeksiyon beyin ve omuriliği etkileyerek menenjit oluşmasına sebebiyet verebilir.
* Sinir dokusu ve/veya omurilik yaralanması : Nadir de olsa cerrahi sırasında veya sonrasında beklenmedik şekilde oluşabilir. Bu durum kol ve/veya bacak güçsüzlüğüne, solunum sıkıntısına sebebiyet verebilir.
* Tekrarlama : Cerrahi sonrasında erken veya geç dönemde yakınmaların bazıları tekrar görülebilir ve bu durumda da ek cerrahi girişim gerekebilir.
* Solunum güçlüğü : Cerrahi esnasında beyin sapı hasarı ile, cerrahi sonrasında pıştının beyin sapı veya omuriliğe bası etkisiyle akciğer infeksiyonu (pnömoni) ve akciğer atar damarına pıştı etkisiyle

(pulmoner emboli) solunum sıkıntısı oluşabilir. Ek tedavi gerektirebilir.

* inme (felç) : Nadir de olsa, cerrahi sırasında veya sonrasında toplar damarlardan beyine hava veya pıştı yerleşmesi sonrasında kol ve/veya bacak güçsüzlüğü gelişebilir. Ek tedavi gerektirebilir.

# Önemli hususlar :

Alerji/Kullanılan ilaçlar: Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum taraşından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı veöneriler yapıldı.

Tütün ve Tütün Mamülleri : Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

|  |
| --- |
| **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: |
| ŞahitAdı 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 hekimAdı soyadı: | imza: | Tarih: | Saat: |
| Ameliyatın bir kısmını, önemli bir kısmını veya tamamını yapacak olan hekimAdı 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.)***

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

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

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

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

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

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

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