



Op. Dr. Emine Şakalar

Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Uzmanı

**YANAK İÇİ YAĞ ALDIRMA AMELİYATI (BİŞEKTOMİ)
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA) FORMU**

Hastanın Adı, Soyadı : **TC Kimlik No:**
Baba adı : **Ana adı:**
Doğum tarihi :

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

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 bulunca, son sayfadaki formu imzalayınız.

Ameliyat / İşlemin Yöntemi: Yanak yağının alınması, kilo aldığında yanaklarında yağ toplanması olan ve yanaklarındaki dolgunluktan hoşlanmayan kişilere yapılabilir. Yanak yağının 20-25 yaşlarından önce alınmaması önerilmektedir, çünkü 20-25 yaşlarına kadar yanakları dolgun olan kişilerin bu yaştan sonra yanaklarındaki dolgunluk azalabilir. Burada kişinin genetik özellikleri de önemlidir.

Bu ameliyatla yanaklarınız çökmez. Bazı hastalar ameliyatla olabildiğince çok yağ alınmasını ve yanaklarının çökük olmasını istemektedirler. Yanak yağ yastıkçıklarının alınması ile yanaklar çökmez, sadece dolgunluğu, pofudukluğu azalır, düzleşir. Ameliyat, hem ağız içinden hem de yanağın dışından yapılır. Ağız içinden özel bir noktadan girerek yanak yağ kitlesinin bir kısmını oluşturan Bichat yağ yastıkçığı alınır. Yanağın dışından ise ince kanüllerle yanak cilt altı yağ dokusuna liposuction yapılır. Sonucun etkili olması için bu ikisinin bir arada yapılması önerilir. Bichat yağ yastıkçığı, ağız içinden alındığı için enfeksiyonu önlemek amacıyla ameliyat öncesi ve sonrası antibiyotik alınması önemlidir. Ameliyattan önce klinik arşivine koymak ve ameliyat sonrası görünüşünüzle karşılaştırmak için resimleriniz alınır.

Ameliyatın / İşlemin Faydaları: Yanak yağ yastıkçıklarının alınması ile yanaklar çökmez, sadece dolgunluğu, pofudukluğu azalır, düzleşir.

Ameliyatın / İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Yanaklardaki dolgunluk ve pofudukluk olduğu gibi kalır.

Alternatif İşlem/Tedavi:

İşlem Öncesi ve Sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ve bunlara dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: Yanak yağının alınması herhangi bir hazırlık gerektirmez; sadece genel anestezi için yapılan rutin hazırlık ve tahlillerin yapılması yeterlidir. Ameliyat öncesi en az 10 gün içinde aspirin gibi kanı sulandırıcı ilaçlar almamış olmanız önemlidir. Kan sulandırıcı alınması kanama riskini artırır.



**Op. Dr.
Emine Şakalar**

Op. Dr. Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Uzmanı

Ameliyatın / İşlemin Riskleri, Komplikasyonları: Görülmesi en muhtemel riskler, ağız içinden çalışıldığı için enfeksiyon ve kanama riskidir. Enfeksiyonu önlemek için mutlaka antibiyotik alınır. Kanamayı önlemek için ise ameliyatta tüm kanamaların durdurulması ve ameliyat sonrası özel, baskılı başlık kullanmak yeterlidir. Bu riskler çok nadirdir. Genellikle yüz güldürücü sonuçlar alınır. Bazı vakalarda üst dudakta 1-2 gün süren uyuşma ve hissizlik görülebilir. Bunun sebebi ameliyat sırasında ağız içine yapılan uyuşturucu iğne ve üst dudağa giden yüz sinirinin ameliyattan etkilenmesidir. Bu sinir dalı ağız içinden alınan yağ kitlesinin yukarı doğru uzanan uzantısının içinden geçer, ameliyatta yanak yağ kitlesi ağız içine doğru çekilirken bu sinir dalı da bir miktar çekiştirilmiş olur. Bu tahrişe bağlı olarak üst dudakta bir iki gün süren hissizlik olabilir, geçicidir.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilmesi açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : – dakikadır

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: İşlem sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Klinik Tel: **0 507 679 40 48**

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Hasta Onamı:

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtladığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindim. Lütfen; size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

Tarih:/...../..... Saat:



**Op. Dr.
Emine Şakalar**

**Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı**

HEKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ

Sizden aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ediyoruz:

1. Yüksek **kanama eğilimi** (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde) var mı?
Hayır Evet
2. Vücudunuzda **çürükler** oluşur mu veya akrabalarınızda bununla ilgili belirtiler var mı?
Hayır Evet
3. Siz/hastanız **kan sulandırıcı ilaç** (Örneğin, aspirin) kullanıyor musunuz / kullanıyor mu?
Hayır Evet
4. Siz / Çocuğunuz **başka bir ilaç** kullanıyor musunuz/kullanıyor mu?
Hayır Evet Kullanıyorsanız / Kullanıyorsa hangi ilacı?.....
5. **Alerji, astım veya aşırı duyarlılık** (Örn. flaster, lateks, gıda maddeleri, ilaçlar) var mı?
Hayır Evet
6. **Kalp** veya **akciğer** hastalığınız var mı veya **kalp pili** taşıyor musunuz?
Hayır Evet
7. Müzmin (kronik) bir hastalığınız var mı?
Hayır Evet
8. Tiroit beziniz çok çalışıyor mu?
Hayır Evet
9. **Yapay dişiniz** var mı? / **Sallanan dişleriniz** var mı?
Hayır Evet
10. Son altı hafta içinde **koruyucu aşı** yapıldı mı?
Hayır Evet
11. **Akut** (yeni başlamış) veya **kronik** (müzmin) bir **enfeksiyon hastalığı** (Örneğin, karaciğer iltihabı, AIDS, verem) var mı?
Hayır Evet
12. **Bayanlar için: Hamile** olabilir misiniz?
Hayır Evet



Op. Dr.
Emine Şakalar

Op. Dr. Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Uzmanı

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN ONAM AÇIKLAMASI

- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavinin/ameliyatın ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedaviyi/ameliyatı uygulayacak kişiler, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedaviden/ameliyattan önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- İstemediğim takdirde tedaviye/ameliyata onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya işlemi durdurabileceğimi biliyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında gerektiği takdirde kan verilmesini kabul ediyorum.
- Tanı/tedavi/ameliyat esnasında temin edilen benimle ilgili tüm dokümanların, **FOTOĞRAFLARIN** ve alınan örneklerin eğitim amaçlı olarak kullanılabilceğini anladım ve kabul ediyorum.
- Ameliyatın hastanenin uzman veya asistan doktorlarının gerçekleştirebileceği, bu hastanenin bir eğitim hastanesi olduğu, tedavinin/ameliyatın **BİR KISMININ YA DA TAMAMININ ASİSTAN DOKTORLAR TARAFINDAN (uzman doktor gözetiminde) GERÇEKLEŞTİRİLEBİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.
- Uygulanacak tedavinin/ameliyatın **MEVCUT DURUMUMU İYİLEŞTİRME GARANTİSİ OLMADIĞINI** ve hatta uygulanacak tedavi/ameliyat neticesinde **MEVCUT DURUMUMDAN DAHA DA KÖTÜ OLMA İHTİMALİM OLDUĞUNU** anladım ve kabul ediyorum.
- Tedavi/ameliyat esnasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde **TEDAVİNİN GENİŞLETİLEBİLECEĞİNİ** ya da **O AN HAYATİ RİSK NEDENİYLE GEREKLİ GÖRÜLEN FARKLI BİR TEDAVİNİN** (nefes almam için **BOĞAZIMA DELİK AÇILMASI** dâhil) **UYGULANABİLECEĞİNİ** anladım ve kabul ediyorum.



**Op. Dr.
Emine Şakalar**

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Uzmanı

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

“HASTA YAKINININ” ya da “VELİ/VASİ YAKINININ”

(Bu ikinci kişi hastane personeli ya da hastane personeli ile yakınlığı olan bir kimse olamaz)

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN

Kaşesi (Adı Soyadı):

İmza:

Tarih:

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örn. tercüman)

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

İmza:

Tarih:

UYARI:

- Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.
- Çocuk hastalarda **HER İKİ EBEVEYİNİN (ANNE ve BABANIN)** ikisinin de imzalaması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR**. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde **TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR**.