

Rinoplasti

Burun Şekil Bozukluklarının Düzeltilmesi

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı	T.C. Kimlik / Pasaport No
Doğum Tarihi	Bilgilendirme Tarihi / Saati

Sayın Hastamız,

Bu formun amacı, sağlığınızla ilgili konularda sizi bilgilendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Lütfen formu dikkatle okuyunuz; anlamadığınız noktaları imzalamadan önce hekiminize sorunuz.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşuldaki ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanmıştır; ancak bütün tedavi şekillerinin tüm risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak hekiminiz size farklı ya da ek bilgiler verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra uygulamayı kabul etmek ya da etmemek sizin kararınızdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya verdiğiniz onamı dilediğiniz zaman geri alabilirsiniz.

İşlem Açıklaması

Burun, yüzün ortasında yer alan; hem görünüm hem de solunum açısından önemli bir organdır. Buruna yönelik girişimler her yönüyle dikkatle planlanmalıdır. Rinoplasti ile burnun boyutu küçültülebilir, burun ucunun şekli değiştirilebilir, burun delikleri daraltılabilir veya genişletilebilir, üst dudak ile burun arasındaki açı değiştirilebilir. Ameliyat; doğumsal bozuklukların, burun yaralanmalarının ve bazı solunum sorunlarının düzeltilmesine de yardımcı olabilir.

Burnunuzla ilgili şikâyetlerinizi tüm ayrıntılarıyla hekiminize aktarmanız gerekir. Solunum şikâyetiniz olup olmadığı, mevsimlerle veya aktivitelerle ilişkisi, ağız kuruluğu, baş ağrısı, horlama ve burun akıntısı gibi sorunlar konuşulmalıdır. Geçirilmiş travma ve ameliyatlar, önemli hastalıklar ve sürekli kullanılan ilaçlar mutlaka bildirilmelidir. Şekille ilgili rahatsız olduğunuz özellikler ve beklentileriniz açıkça anlatılmalıdır.

Bu ameliyat için uygun adaylar; kusursuz bir sonuç yerine görünümünde iyileşme bekleyen, gerçekçi beklentilere sahip, genel sağlığı yerinde ve psikolojik olarak hazır kişilerdir. Rinoplasti, başka cerrahi girişimlerle birlikte de yapılabilir.

Ameliyat genel anestezi altında ya da sedasyon eşliğinde lokal anestezi ile yapılabilir; size uygun yöntem birlikte belirlenir. Kesiler burun içinde veya dışında olabilir. Burnun iç kısmına yapılan müdahale genellikle nefes almayı kolaylaştırır. Ameliyat süresi yapılacak işlemlere göre değişmekle birlikte genellikle 1,5-2 saattir.

Ameliyat Sonrası Süreç

- Ameliyattan sonra burnunuzun üzerinde bir atel (alçı veya termoplastik kalıp), burun içinde tampon veya silikon splint bulunabilir. Tampon kullanıldıysa genellikle 1-2 gün içinde alınır.
- İlk saatlerde ağrı genellikle hafiftir; bulantı ve baş dönmesi görülebilir ve ilaçlarla kontrol edilir. Ameliyattan birkaç saat sonra sıvı gıdalarla beslenmeye başlanır.

- İlk 48 saat dinlenmeniz ve alın-yanak bölgesine aralıklı soğuk uygulama yapmanız şişlik ve morlukları sınırlar. Üçüncü günden itibaren şişlik ve morluklar azalmaya başlar.
- Atel genellikle 1-2 hafta sonra alınır ve bir süre ince bant uygulanabilir. Burnun ana hatları bu dönemde görülse de ayrıntıların ortaya çıkması aylar sürer; burun özellikle ilk aylarda sabahları daha şiş olabilir. Burun ucunda aylarca süren uyuşukluk ve sertlik olabilir.
- İlk 8 hafta burun darbelerden korunmalı; temas gerektiren sporlardan ve gözlük kullanımından kaçınılmalıdır. Aynı süre sauna, solaryum, güneş ve buhar banyosundan uzak durulmalıdır.
- İlk haftalarda burun içindeki ödem ve kabuklar nedeniyle solunum tam rahat olmayabilir; önerilen damla ve kremler bu dönemi kolaylaştırır.
- İyileşme süreciniz düzenli kontrollerle (örneğin 1., 3., 6. ve 12. aylarda) izlenir; ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflarla karşılaştırma yapılır.

Olası Sorunlar ve Riskler

Hastaların çoğunda komplikasyonla karşılaşılmasa da olası sorunları anladığınızdan emin olmak için bunları hekiminizle konuşmalısınız.

Erken Dönem

- **Kanama:** İlk 24-48 saatte burun deliklerinden azalarak devam eden sızıntı beklenir. Fazla kanama nadirdir; olursa kanamayı durdurmak veya biriken kanı (hematom) boşaltmak için acil müdahale gerekebilir. Kanama riskini artırabileceğinden aspirin ve benzeri ilaçlar ameliyattan önceki 10 gün kullanılmamalıdır.
- **Bulantı:** Ameliyattan sonra görülebilir ve ilaçlarla kontrol edilir.
- **Tampona bağlı yakınmalar:** Burun içine tampon konan hastalarda hapsirme hissi ve baskı olabilir; tampon alınınca geçer.
- **Enfeksiyon:** Nadirdir; koruyucu antibiyotik bu riski azaltır. Ateş, titreme, burunda ağrılı ve hassas şişlik gelişirse hekiminize haber veriniz.
- **Darbe:** İyileşme döneminde burna alınan şiddetli darbeler şekil bozukluğuna yol açabilir; böyle bir durumda hekiminize başvurunuz.

Geç Dönem

- **Solunum sorunları:** Ameliyata bağlı olabileceği gibi, önceden var olan bir sorunun devam etmesinden, fark edilmemiş bir durumun belirginleşmesinden veya alerjik nedenlerden kaynaklanabilir. İlaç tedavisi veya ek girişim gerekebilir.
- **Şekil ile ilgili memnuniyetsizlik:** Ödem tam çözülmeden şekil hakkında karar vermek doğru değildir; iyileşme uzun sürer. Burnun son şeklini almasından sonra istenmeyen durumlar için revizyon adı verilen ikincil girişimler gerekebilir. Burnun yapısal özelliklerine (örneğin kalın deri) bağlı sınırlar ameliyat öncesinde konuşulur; kalın deride burun ucunun şekillenmesi daha uzun sürer ve bazen burun ucuna kortizon enjeksiyonu gerekebilir.
- **Eğrilik:** Kıkırdak ve kemikte birden fazla düzlemde eğrilik olan burunlarda, ayrıntılı planlamaya rağmen bir miktar eğrilik kalabilir veya zamanla gelişebilir.
- **Septum perforasyonu:** Burun orta bölmesinde delik oluşması nadirdir; oluşursa ek cerrahi gerekebilir ve her zaman kapatılamayabilir.
- **Uyuşukluk:** Burun derisinde, sinir liflerinin etkilenmesine bağlı kalıcı uyuşukluk gelişebilir.
- **Kronik ağrı:** Çok nadirdir.
- **Alerjik reaksiyonlar:** Bant, dikiş malzemesi, krem veya ilaçlara karşı lokal ya da sistemik alerji çok seyrek görülür ve ek tedavi gerektirebilir.

- **Gecikmiş iyileşme:** Bazı bölgeler yavaş iyileşebilir; sık pansuman veya cerrahi girişim gerekebilir.
- **Uzun dönem etkiler:** Yaşlanma, güneş ve diğer nedenlerle burnun görünümü zamanla değişebilir; gelecekte ek tedavi gerekebilir.

Anesteziye Bağlı Olası Riskler

Bölgesel veya genel (narkoz) anestezi sırasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak bazı riskler ortaya çıkabilir. Anesteziye ait özel riskler konusunda anesteziyoloji uzmanı ile ayrıca görüşebilirsiniz. Bu riskler şunlardır:

- Akciğerin küçük alanlarında oluşabilecek sönmelere (atelektazi) bağlı akciğer enfeksiyonu riski; bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta geçici hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük.
- Bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve hayati tehlike oluşturabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha yüksektir.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya inme (felç).
- Çok nadir de olsa anesteziye bağlı ölüm.
- Fazla kilolu ve sigara içen hastalarda yara yeri enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp-akciğer komplikasyonları ve pıhtılaşma riskinde artış.

Diğer Tedavi Seçenekleri

Burun şekil bozukluğunda temel alternatif ameliyat olmamaktır. Burnun içindeki bazı sorunlar (örneğin septum eğriliği) dış şekle müdahale edilmeden tedavi edilebilir; bu girişimlerin de kendi riskleri vardır.

Size önerilen tedavi, muayene bulgularınız ve güncel tıbbi bilgiler değerlendirilerek planlanmıştır. Alternatif yöntemlerin de kendine özgü yarar, risk ve sınırlılıkları vardır; bunları hekiminizle ayrıntılı olarak konuşabilirsiniz.

İşlemin Yapılmaması Durumunda

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik ya da estetik amaçla planlanan bu işlemi kabul etmemeniz durumunda, kararınıza bağlı olarak sağlığınız açısından bir sorun yaşamanız beklenmez; mevcut görünüm veya şikâyetleriniz devam eder.

Kullanılacak İlaçlar ve Yaşam Tarzı

Ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılan anestezi ilaçları, antibiyotikler ve ağrı kesiciler dahil her ilacın kendine özgü yan etkileri olabilir; nadiren ciddi alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Kullanılacak ilaçların ne için verildiği, nasıl kullanılacağı ve olası yan etkileri size ayrıca anlatılacaktır.

Sigara kullanımı yara iyileşmesini geciktirir, enfeksiyon ve anestezi risklerini artırır ve sonucu olumsuz etkileyebilir. Ameliyattan önce ve sonra en az iki hafta sigara ve alkol kullanılmaması önerilir.

Gerektiğinde Bize Nasıl Ulaşabilirsiniz?

İşlem sonrasında beklenmeyen ağrı, giderek artan şişlik, ateş, kanama veya sizi endişelendiren herhangi bir durum olursa +90 542 338 86 61 ya da +90 542 255 52 86 numaralarından bize ulaşınız. Acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz. İşlemi kabul etmeme kararınızı değiştirirseniz dilediğiniz zaman yeniden başvurulabilirsiniz.

Hekimin Sizinle İlgili Bilmek İstedikleri

Güvenliğiniz için lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Emin olmadığınız bir soruyu hekiminizle birlikte doldurabilirsiniz.

- | | |
|--|--|
| 1. Kanama eğiliminiz var mı? (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde uzun süren kanama) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 2. Vücudunuzda kolayca morluk oluşur mu veya ailenizde kanama bozukluğu var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 3. Kan sulandırıcı ilaç (örneğin aspirin) kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 4. Bunların dışında düzenli kullandığınız ilaç var mı? Varsa hangileri: | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 5. Alerji, astım veya aşırı duyarlılığınız var mı? (Flaster, lateks, gıdalar, ilaçlar vb.) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 6. Kalp veya akciğer hastalığınız var mı ya da kalp pili taşıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 7. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon veya başka bir kronik hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 8. Tiroit hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 9. Takma dişiniz veya sallanan dişiniz var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 10. Son altı hafta içinde aşı oldunuz mu? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 11. Akut veya kronik bir enfeksiyon hastalığınız (hepatit, HIV, verem vb.) var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 12. Sigara kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 13. Kadın hastalar için: Gebelik olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |

Açıklama / kullanılan ilaçlar:

Hasta / Yasal Temsilci Onam Beyanı

Tanı

Yapılacak tedavi / işlem

Uygunsa taraf bilgisi: ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı

Yapılacak tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız bunu aşağıya el yazınızla belirtiniz.

- Hekimim hastalığım/durumum hakkında bilgi verdi; yapılacak işlemin ne olduğunu, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmadığını, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve işlemi kabul etmemem durumunda karşılaşılabileceğim durumları açıkladı. Bu konulardaki tüm sorularımı anlayabileceğim biçimde yanıtladı.
- Hekimimin yetkisi, gözetimi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.
- Gerektiğinde genel anestezi ve sedasyonun anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim tarafından, lokal anestezinin hekimim tarafından uygulanacağı açıklandı.
- İşlem sırasında öngörülemeyen ve hayati risk oluşturan bir durum ortaya çıkması halinde, hekimimin gerekli gördüğü ek tıbbi müdahalelerin yapılabileceğini ve gerektiğinde kan ve kan ürünlerinin verilebileceğini anladım.
- İşlem sırasında çıkarılan doku ya da örneklerin gerektiğinde incelenmesine, saklanmasına veya imha edilmesine izin veriyorum.
- Uygulanacak işlemin mevcut durumumu iyileştirme garantisi olmadığını; tıpta ve cerrahide kesinlik bulunmadığını ve sonuçların kişiden kişiye değişebileceğini anladım.
- İstemediğim takdirde onam vermek zorunda olmadığımı ve verdiğim onamı işlem başlamadan önce geri alabileceğimi biliyorum.
- Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın ve işlem öncesi/sonrası fotoğraflarımın tıbbi takip, bilimsel ve eğitsel amaçlarla kullanılmasına izin veriyorum. (İzin vermiyorsanız bu maddenin üzerini çiziniz.)
- Aklım başımda ve karar verme yeterliliğine sahip olarak, yukarıda açıklanan tıbbi uygulamanın hekimim ve ekibi tarafından yapılmasına özgür irademle onam veriyorum.

İmzalar

Bu formun tüm sayfalarını okuduğumu, anladığımı ve yukarıdaki beyanları kabul ettiğimi bildiririm. Lütfen el yazınızla **"Okudum, anladım, onaylıyorum."** yazınız:

Hasta			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Hastanın Yasal Temsilcisi (gerekliyse)			
Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi	İmza	Tarih	Saat
Yasal temsilciden onam alınma nedeni: ☐ Bilinci kapalı ☐ 18 yaş altı ☐ Karar yetisi yok ☐ Acil			
Şahit			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Adı Soyadı Op. Dr. Ayşe Öznur Akidil	İmza / Kaşe	Tarih	Saat
Tercüman (ihtiyaç halinde)			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat

18 yaşından büyük hastalarda onam hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastalarda hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşından küçük veya karar verme yetisi bulunmayan hastalarda ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden alınır. Bilgilendirme, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği çerçevesinde yapılmaktadır.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği başta olmak üzere tıp derneklerinin hasta bilgilendirme dokümanlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.