

سندرم تونل کوبیتال (عصب اولنار)

سند رضایت آگاهانه

شماره فرم: AOF-007	شماره بازبینی / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026
--------------------	--

شماره پرونده بیمار	تاریخ	
شماره شناسایی ترکیه / گذرنامه	تاریخ تولد	
نام کامل بیمار	جنسیت	
تشخیص		

فرم رضایت آگاهانه

شماره فرم: AOF-007	شماره بازنگری / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026
--------------------	--

1. بیمار گرامی،

آگاهی از وضعیت پزشکی خود و همه اقدامات درمانی پزشکی / جراحی و تشخیصی پیشنهاد شده برای درمان بیماری‌تان، طبیعی‌ترین حق شماست. پس از آگاهی از فواید و خطرات احتمالی درمان پزشکی و مداخلات جراحی، رضایت دادن یا ندادن به اقدامی که انجام خواهد شد، باز هم به تصمیم خود شما بستگی دارد. هدف از این توضیحات، ترساندن یا نگران کردن شما نیست، بلکه مشارکت دادن آگاهانه‌تر شما در تصمیم‌هایی است که درباره سلامتی‌تان گرفته می‌شود. در صورت تمایل، همه اطلاعات و مدارک مربوط به سلامتی شما می‌تواند در اختیار خودتان یا یکی از بستگانتان که مناسب بداند قرار گیرد. این فرم به گونه‌ای تنظیم شده است که نیازهای بیشتر بیماران را در بسیاری از شرایط برآورده کند، اما نباید آن را سندی دربرگیرنده خطرات همه روش‌های درمانی دانست. بسته به وضعیت سلامت شخصی شما، پزشکتان ممکن است اطلاعات متفاوت یا تکمیلی به شما بدهد. پس از آگاهی از فواید و خطرات احتمالی تشخیص، درمان پزشکی و مداخلات جراحی، پذیرفتن یا نپذیرفتن اقداماتی که انجام خواهد شد به تصمیم خود شما بستگی دارد. به جز موارد دارای الزام قانونی و پزشکی، می‌توانید از دریافت اطلاعات خودداری کنید یا هر زمان که بخواهید رضایت خود را پس بگیرید. این فرم با هدف آگاه‌سازی شما درباره خطرات عمل جراحی و روش‌های درمانی جایگزین تهیه شده است. لطفاً این فرم را به‌طور کامل و با دقت بخوانید و پس از خواندن فرم و برطرف شدن همه تردیدهایتان درباره اقدام موردنظر توسط پزشک، این فرم رضایت را امضا کنید.

2. اطلاعات کلی درباره بیماری و درمان

تحت فشار قرار گرفتن عصب توسط بافت‌های اطراف می‌تواند موجب درد، بی‌حسی، ضعف یا از دست رفتن عملکرد شود. مشکل اصلی، تحت فشار قرار گرفتن عصب توسط بافت اطراف است. این وضعیت می‌تواند به دنبال آسیب، به دنبال بیماری یا در اثر حرکات تکراری باشد. از پزشک درباره محتوای عمل جراحی‌ای که برای انجام خواهد شد اطلاعات مفصل دریافت کردم: [گزینه مناسب را علامت بزنید] • فشردن عصب مدیان در مچ دست • فشردن عصب اولنار در آرنج • فشردن عصب اولنار در مچ دست • فشردن عصب بین‌استخوانی قدامی در ساعد. می‌دانم و می‌پذیرم که در حین جراحی، جراح با ایجاد برش پوستی در ناحیه مربوط، عصب موردنظر را آزاد خواهد کرد. آگاهم که هدف موردنظر، آزادسازی عصب تحت فشار و برطرف کردن شکایت‌هایم است.

3. جایگزین‌های احتمالی عمل جراحی

به عنوان جایگزین عمل جراحی، گزینه‌های زیر را بررسی کردم: • انجام ندادن این عمل جراحی با پذیرش هرگونه خطر، همان‌گونه که پزشکم به صورت شفاهی برایم توضیح داد، • تلاش برای رفع درد با اسپاسم عضلانی از راه دارودرمانی،

تلاش برای کاهش شکایت‌ها با روش‌های بی‌حرکت‌سازی مانند آتل و غیره،

تلاش برای رفع شکایت‌ها با روش‌های فیزیوتراپی،

انجام تزریق‌های استروئید و مسکن موضعی.

سایر گزینه‌های درمانی احتمالی... سایر روش‌های درمانی را نیز که پزشکم برایم توضیح داد بررسی کردم. مزایا و معایب این روش‌های

جایگزین نیز توسط پزشکم برایم توضیح داده شد.

4. فواید مورد انتظار از عمل جراحی

بهبود در وضعیت عصبی موجود بیمار و شکایت‌های اوست. عمل جراحی با هدف برطرف‌شدن شکایت‌ها و با انتظار حفظ یا بهبود عملکرد دستگاه عصبی انجام می‌شود. با عمل جراحی‌ای که انجام خواهد شد؛ هدف این است که ساختارهای عصبی تحت فشار آزاد شوند. درد برطرف یا کم شود، و نقص‌های عصبی موجود از پیش از عمل (فلج-کاهش قدرت-بی‌حسی-از بین رفتن رفلکس-بی‌اختیاری ادرار و غیره) و شکایت‌هایی مانند درد-گرفتگی، با درمان جراحی‌ای که انجام خواهد شد به‌طور کامل برطرف شوند یا سیر رو به وخامت آن‌ها متوقف شود.

5. مدت تقریبی عمل جراحی

مدت اقدامی که انجام خواهد شد بسته به بیماری و وضعیت بیمار می‌تواند متفاوت باشد و به‌طور متوسط - ساعت است. همچنین اقداماتی که پیش و پس از عمل توسط پزشکان بیهوشی برای بیماران انجام می‌شود، در این مدت گنجانده نشده است. اقدام، بسته به وضعیت مورد، می‌تواند بیش از مدت ذکر شده طول بکشد. پزشکتان در پایان اقدام، اطلاعات مفصل به شما خواهد داد.

6. خطرات و عوارض عمل جراحی

اقدام جراحی‌ای که انجام خواهد شد، در کنار فواید خود، خطرات احتمالی نیز دارد.

خطر بیهوشی: در حین و پس از اقدامات بیهوشی موضعی و عمومی (به دلیل وضعیت بدنی‌ای که در عمل به بیمار داده می‌شود) خطراتی وجود دارد. همچنین در هر نوع بیهوشی و نیز در آرام‌بخشی (سدیشن)، عوارض و آسیب‌های احتمالی ناشی از داروها وجود دارد. اقدام بیهوشی‌ای که انجام خواهد شد و خطرات و عوارض مربوط به آن برای توضیح داده شد و اقدام پیشنهاد شده در این زمینه را تأیید می‌کنم.

خونریزی: از وجود خطر خونریزی، هرچند بسیار نادر، که می‌تواند در حین یا پس از عمل جراحی‌ام به درجات شدید رخ دهد، آگاهم. در صورت خونریزی، ممکن است به درمان اضافی یا تزریق (ترانسفوزیون) خون نیاز پیدا شود. در چنین حالتی، تزریق خون و سایر درمان‌های لازم را تأیید می‌کنم. برخی داروهایی که مصرف می‌کنم و/یا باید در طول درمان استفاده شوند، می‌توانند از راه تداخل دارویی و/یا عارضه جانبی، خطر خونریزی را افزایش دهند. در برخی موارد ممکن است لازم شود داروهای رقیق‌کننده خون زودتر از موعد مورد انتظار استفاده شوند و این نیز می‌تواند خطر خونریزی را افزایش دهد.

تشکیل لخته خون: لخته خون پس از هر نوع عمل جراحی می‌تواند تشکیل شود. لخته‌هایی که در ناحیه خونریزی تشکیل می‌شوند، می‌توانند جریان خون را مسدود کرده و به عوارضی مانند درد، ادم (ورم)، التهاب یا آسیب بافتی منجر شوند. در صورت قطع مصرف داروی رقیق‌کننده خون، خطر لخته‌شدن می‌تواند افزایش یابد.

بدتر شدن وضعیت عصبی پس از عمل: به دنبال مشکلاتی مانند خونریزی در محل عمل، عملکردهای دستگاه عصبی می‌تواند پس از عمل بدتر شود.

مشکلات تنفسی: پس از عمل، ممکن است دشواری تنفسی که معمولاً گذراست، یا پنومونی دیده شود. آمبولی ریوی (انسداد رگ‌های ریه‌ها) ممکن است دیده شود.

عوارض قلبی: عمل جراحی خطر اندکی مانند ایجاد ریتم نامنظم قلب یا حمله قلبی دارد.

مرگ: هرچند بسیار نادر، خطر مرگ در حین یا پس از عمل جراحی وجود دارد.

افزایش شکایت درد: هرچند نادر، شکایت درد می‌تواند پس از عمل افزایش یابد.

عفونت: عفونت می‌تواند هم در محل برش پوست و هم در ناحیه عمل، و حتی در استخوان ناحیه عمل رخ دهد. از خطرات مرتبط با عفونت می‌توان به تشکیل آمپم-آبسه (تجمع چرک) اشاره کرد.

عود (تکرار)، باقی‌مانده (رزیدو): پس از عمل، علائم می‌تواند دوباره ظاهر شوند و ممکن است عمل جراحی اضافی لازم شود.

از دست رفتن عملکرد: پس از مداخله، ممکن است در عملکردهای موجود بیمار کاهش یا از بین رفتن کامل رخ دهد.

تحقق نیافتن باز-عصبدهی (ری‌اینرواسیون): شایع‌ترین عارضه در آناستوموزهای اعصاب محیطی، رخ‌ندادن باز-عصبدهی در مدت مورد انتظار (6-8 ماه) است. این وضعیت می‌تواند ناشی از ناکافی بودن بخیه‌های زده‌شده به عصب باشد، و همچنین می‌تواند به کشیدگی بیش از حد ناحیه ترمیم یا تأخیر زیاد پس از ضربه (تروما) مربوط باشد. اگر در مدت مورد انتظار نشانه‌ای از باز-عصبدهی وجود نداشته باشد، ناحیه بخیه باید بازبینی (اکسپلور) شود و در صورت لزوم، نورولیز و/یا رزکسیون و آناستوموز انجام می‌شود.

درک کردم که در حین عمل جراحی‌ام، در برابر وضعیت غیرمنتظره‌ای مانند خونریزی، آسیب بافت یا اندام مجاور و غیره، پزشکم ممکن است غیر از اقدام برنامه‌ریزی‌شده، اقدامات دیگری را نیز که برای سلامتی من لازم است انجام دهد، و این را تأیید می‌کنم. همه خطرات نوشته‌شده در بالا را که می‌تواند در حین و پس از اقدام جراحی‌ای که برایم انجام خواهد شد رخ دهند، فهمیدم و می‌پذیرم.

7. پیامدهای انجام‌شدن عمل جراحی

شکایت‌ها و وضعیت بالینی فعلی بیمار ممکن است بهبود نیابد؛ سیر رو به وخامت نیز ممکن است رخ دهد.

8. ویژگی‌های مهم داروهایی که استفاده خواهند شد

در صورت داشتن آلرژی دارویی از پیش شناخته شده، حتماً باید پزشک و پرستار خود را در این باره آگاه کنید. در طول روند درمان فعلی شما، بسته به علت بستری یا شرایط جدید پیش آمده، داروهای متناسب با وضعیت پزشکی بیمار (مسکن ها، آنتی بیوتیک ها، داروهای حمایت کننده گردش خون و قلب، فرآورده های خونی، سرم درمانی ها، داروهای اختصاصی بیماری شما) داده خواهد شد. در حین مصرف داروها ممکن است عوارض جانبی بروز کند و به قلب، کلیه و سایر اندام ها آسیب وارد شود. برای اصلاح آسیب های اندامی، داروهای جدیدی به درمان افزوده خواهد شد. پروفیلاکسی (پیشگیری): پیش و پس از عمل جراحی شما، به منظور کاهش خطر عفونت ناحیه جراحی، درمان آنتی بیوتیکی پیشگیرانه مناسب انجام می شود. مصرف داروهای رقیق کننده خون: اگر داروهای پیشگیری کننده از لخته شدن خون و رقیق کننده خون مصرف می کنید، برای مقابله با اثرات این داروها ممکن است درمان های دارویی متفاوت یا فرآورده های خونی به شما داده شود. مراقبت های ویژه-دلیریوم: در بیماران سالمند و در بستری های طولانی در بخش مراقبت های ویژه، برای علائم روانی احتمالی، ممکن است داروهای تنظیم کننده سلامت روان که توسط پزشک متخصص اعصاب و روان توصیه می شوند استفاده شوند. این داروها می توانند به قلب، کلیه و سایر اندام ها آسیب برسانند. افزون بر این ها، داروهای مربوط به بیهوشی نیز استفاده می شوند. داروهای بیهوشی (نارکوز) که در حین عمل داده می شوند، می توانند اثرات سمی / عوارض جانبی بر اندام هایی مانند ریه، قلب، مغز، کلیه و کبد داشته باشند. به همین دلیل، خطر مرگ می تواند پیش آید.

در باره همه آلرژی های شناخته شده به پزشک اطلاع دادم. همچنین پزشکم را درباره داروهای نسخه ای مصرفی ام، داروهای بدون نسخه، داروهای گیاهی، مکمل های غذایی، مواد مخدر غیرقانونی، الکل و مواد خواب آور/مخدر آگاه کردم. اثرات مصرف این مواد پیش و پس از عمل جراحی توسط پزشکم برایم توضیح داده شد و توصیه های لازم انجام شد. در مدت حضورم در بیمارستان، درباره ویژگی های مهم داروهایی که برای تشخیص و درمان استفاده خواهند شد (برای چه استفاده می شوند، فواید، عوارض جانبی، نحوه مصرف) اطلاعات دریافت کردم.

9. توصیه های حیاتی سبک زندگی برای سلامت بیمار

دخانیات و فرآورده های دخانی: به من توضیح داده شد که مصرف دخانیات و فرآورده های دخانی (سیگار، قلیان، سیگار برگ، پیپ و غیره) پیش یا پس از عمل جراحی ام می تواند موجب طولانی شدن روند بهبودی ام شود. در بیماران سیگاری، خطرات بیهوشی بیشتر است و مرگ ناشی از بیهوشی شایع تر دیده می شود. اگر سیگار می کشید، باید بدانید که موفقیت درمان/عمل جراحی از میانگین موفقیت کلی پایین تر خواهد بود. به توصیه های پزشک خود (ورزش، برنامه تغذیه و غیره) عمل کنید و در صورت وجود، مراجعه کنترل درمانگاهی در تاریخ خواسته شده از شما را فراموش نکنید.

در باره کارهایی که پس از درمان/عمل جراحی ام باید برای سبک زندگی ام انجام دهم (رژیم غذایی، استحمام، مصرف دارو، وضعیت حرکت و/یا محدودیت ها) اطلاعات دریافت کردم.

10. بخش ویژه بیمار

موارد ویژه مربوط به بیمار در پایان فرم، زیر بخش 14 — امضاها ثبت می شود.

11. نحوه دسترسی به کمک پزشکی در همان زمینه در صورت نیاز

نپذیرفتن انجام درمان/عمل جراحی، تصمیمی است که با اراده آزاد خود می گیرید. در صورت تغییر نظر، می توانید شخصاً دوباره به بیمارستان ما / بیمارستان هایی که می توانند درمان/عمل موردنظر را انجام دهند مراجعه کنید. درباره اینکه در صورت نیاز چگونه به کمک پزشکی در همان زمینه دسترسی پیدا کنم (به پزشک خودم، به پزشکی دیگر، به کلینیکی که در آن درمان شده ام و در موارد اورژانسی نیز به شماره 112) اطلاعات دریافت کردم.

12. مجوزها

سرپرست تیم جراحی، پزشک متخصص مسئول Dr. Özgür Akşan، و تیم ایشان را برای انجام عمل جراحی ام مجاز می کنم. درک می کنم که این مداخله با هدف برطرف شدن شکایت هایم و با نیت حفظ یا بهبود عملکرد دستگاه عصبی انجام می شود. تأیید می کنم که پزشکم همه اطلاعات بالا را توضیح داد، این اطلاعات را فهمیدم و به همه پرسش هایم درباره این مداخله پاسخ داده شد. به همین دلیل، برای **عمل جراحی سندرم تونل کوبیتال** به همه اقدامات جراحی و درمانی متفاوت یا اضافی که پزشکم لازم بداند رضایت می دهم. **استفاده از بافت:** هر بافتی که برای تشخیص پزشکی لازم نباشد، می تواند در چارچوب اصول اخلاقی برای پژوهش پزشکی استفاده شود. به استفاده از هر بافت، ابزار پزشکی یا اجزای بدن که ممکن است در حین اقدام جراحی خارج شده باشند، رضایت می دهم. **پژوهش پزشکی:** به بازبینی اطلاعات بالینی از سوابق پزشکی ام برای مطالعه پزشکی، پژوهش پزشکی و پیشبرد آموزش پزشکان، به شرط پایبندی به اصول محرمانگی، رضایت می دهم.

عکس/ناظران: به عکس برداری یا ضبط ویدیویی عمل جراحی ای که انجام خواهد شد با اهداف علمی، پزشکی یا آموزشی، به شرط آنکه تصاویر هویت مرا آشکار نکنند، رضایت می دهم.

13. تأیید رضایت

روش های درمانی جایگزین و خطرات آن ها را می دانم.

خطرات و عوارض جانبی مداخله را می‌دانم.
احتمال موفقیت و شکست را می‌دانم.
می‌دانم در صورت درمان‌نشدن چه چیزی می‌تواند رخ دهد.
درک می‌کنم که اقدام انجام‌شده ممکن است تضمینی برای بهبودی نداشته باشد.
همه آنچه به من گفته شد را فهمیدم.
پزشکم به همه پرسش‌هایم پاسخ داد.
پزشکم مطالب نوشته‌شده در اینجا را یک‌به‌یک، به شکلی که برایم قابل فهم باشد، روشن، واضح و توضیح‌دهنده برایم شرح داد.
معنای فرم رضایت آگاهانه را می‌دانم.
درباره هزینه تقریبی درمان آگاه شدم.
با اراده آزاد خود تصمیم می‌گیرم.
پیش از مداخله، در مدتی معقول، زمان کافی برای گرفتن نظر دوم داشتم.
محتوای فرم رضایت آگاهانه را خواندم و فهمیدم.
همه جاهای خالی این فرم پیش از امضای من پر شد و یک نسخه از آن را دریافت کردم.

امضاها

الف) شرایط خاص بیمار

بیمار شرایط خاص خود (آلرژی، داروهای مصرفی، جراحی‌های قبلی و غیره) را با دستخط خود می‌نویسد. در صورت نبود، نوشتن «ندارد» کافی است.

ب) اقرار دست‌نویس

بیمار جمله زیر را با دستخط خود می‌نویسد:

«این فرم را با دقت خواندم، درباره سندرم تونل کوبیتال (عصب اولنار) آگاه شدم، به پرسش‌هایم پاسخ داده شد و با اراده آزاد خود به این اقدام رضایت می‌دهم.»

ج) امضاها

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
بیمار		
نماینده قانونی / بستگان بیمار (نسبت:		
سرپرست تیم جراحی، پزشک متخصص مسئول	Dr. Özgür Akşan	