



ÜROJİNEKOLOJİK CERRAHİ GİRİŞİMLER BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Adı, Soyadı:	TC Kimlik No :	Doğum Tarihi:
Baba Adı:	Anne Adı :	İşlem No:

Hastanın;

Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. □ Hastalığınızla ilgili araştırmalar yapılabilir. Kimliğiniz belli olmadan yapılan işlemle ilgili olarak tutulan kayıtlar eğitim, araştırma ve bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir.

Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve İşlem: ÜROJİNEKOLOJİK CERRAHİ GİRİŞİMLER

Ürojenekolojik hastalıklar arasında sıklıkla prolapsuslar (sarkma) ve idrar ile ilgili problemler yer almaktadır.

Ürojenekolojik cerrahi girişimler ise vajenden sarkan genital organlar ile ilişkili problemler ve idrar kaçırma problemleri için kullanılmaktadır..

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



Önerilen cerrahi işlem—(önerilen işlem/işlemlerin yanına hekim tarafından işaret konulacak)

- ☐ MESANE SARKMASI (SİSTOSEL) TAMİRİ
- ☐ KALIN BARSAK SARKMASI (REKTOSEL) TAMİRİ
- ☐ BARSAK SARKMASI (ENTEROSEL) TAMİRİ
- ☐ RAHİM SARKMASI (UTERİN PROLAPSUS) TAMİRİ
- ☐ VAJEN TEPEŞİ SARKMASININ BATINDAN TAMİRİ (SAKROKOLPOPEKSİ)
- ☐ RAHMİN VAJENDEN ÇIKARILMASI (VAJİNAL HİSTEREKTOMİ)
- ☐ RETROPUBİK KOLPOSUSPANSİYON (BURCH OPERASYONU)
- ☐ MİNİ ASKI (MİNİSLİNG) OPERASYONU
- ☐ GERGİSİZ VAJİNAL ASKI (TVT) OPERASYONU
- ☐ TRANSOBTURATOR TAPE (TOT) OPERASYONU
- ☐ UTERUSUN ARKA BAĞLARININ (UTEROSAKRAL LİGAMAN) GÜÇLENDİRİLMESİ
- ☐ UTERUSUN YAN BAĞLARININ (KARDİNAL LİGAMAN) GÜÇLENDİRİLMESİ
- ☐ RAHMİN VAJENDEN ÇIKARILIP VAJENİN CERRAHİ OLARAK K
APATILMASI (KOMPLET KOLPOKLEZİS)

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



□ RAHİM VARLIĞINDA VAJENİN CERRAHİ OLARAK KAPATILMASI (İNKOMPLET KOLPOKLEZİS)

□ SARKAN FAZLA RAHİM AĞZININ KESİLMESİ (MANCHESTER FOTHERGILL) OPERASYONU

□ GENİTAL ORGAN SARKMASI NEDENİYLE VAJENDEN YAMA YERLEŞTİRİLMESİ

□ GENİTAL ORGAN SARKMASI NEDENİYLE BATINDAN YAMA YERLEŞTİRİLMESİ

Cerrahi işlem riskleri: Tedavisiz durumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölüm olabilir.

Uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki riskler de bulunmaktadır. Bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Bu girişim özellikle daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, seker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar, bağ dokusu hastalığı olanlar), endometriozis hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenlerde daha risklidir. Ayrıca ameliyat sırasında kanayan damarları yakmak için kullanılan koter cihazında meydana gelebilecek arızalar sonucu ender olarak vücutta yanıklar meydana gelebilir.

Yukarıda belirtilen riskler dışında ürojinekolojik cerrahi girişimler için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

1. Büyük damarlardan kanamalar. Kan transfüzyonu gerekebilir.

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



2. Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon.
3. Üreter (böbreklerden mesaneye uzanan tüp), mesane veya bağırsaklarda yaralanma
4. Operasyon sonrası idrar yapmada güçlük olabilir ve mesaneye kateter yerleştirilebilir. Sizden idrar yapana dek kendi kateterinizi yerleştirmeniz istenebilir.
5. Operasyon sonrası değişik tiplerde (örneğin gülme, öksürme gibi fiziksel aktiviteler sonrasında idrar kaçırma, ani işeme hissi ve bununla birlikte olan idrar kaçırma, sürekli idrar kaçırma veya bunların değişik birliktelikleri gibi)
6. Vajen ve mesane arasında bağlantı (fistül) oluşabilir.
7. Vajenden dışkı gelmesine yol açabilecek rektum ve vajen arasında bir bağlantı oluşabilir (rektovajinal fistül).
8. Mesane ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler.
9. Cinsel ilişki sırasında ağrı
10. Belli bir süre sonra orijinal yakınmanın tekrarlama (sarkma)
11. Vajenin daralması veya kısılması.
12. Şişman kişilerde yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, kalp. akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır
13. Sigara içenlerde yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, kalp, akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır.

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



14. Meş (yama) kullanılan olgularda meşin üstünün vajen dokusu ile kapanmaması (erozyon) veya kapandıktan sonra tekrar meşin konulduğu yerde görünür hale gelmesi, meşin elle hissedilmesi, pelvik ağrı, iltihap ve buna bağlı devam eden kokulu akıntı. Bu sayılan durumlarda meşin konulduğu yerden çıkarılması bir başka cerrahi ile önerilebilir ancak meşin (yama) dokudan çıkarılması esnasında üretrada (mesanede ki idrarın dışarıya atıldığı borucuk), mesanede, kalın barsakta ve vajende yaralanmalar olabilir.
15. Meş (yama) cerrahisinden sonra idrar kaçırma ve/veya genital organ sarkması devam edebilir veya tekrarlayabilir.

İşlemin süresi: Ortalama 30 dakika ile 2 saat arasındadır.

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar: Bu cerrahinin nedenine bağlıdır. Eğer sarkma söz konusu ise uterus vajene sarkacak ve ağrı ve rahatsızlığa yol açabilecek ülserler gelişebilecektir.

Alternatif tedavi: İdrar kaçırma, egzersiz, yaşam tarzında değişiklik, diyet ve kilo verme problemin tedavisini destekleyebilir.

İşlem sonrası yapmanız gerekenler: Bu formu imzalamak sureti ile işlemi yaptırmayı kabul ettiğiniz takdirde işlem sonrası ilaçlarınızı önerilen biçimde düzgün kullanmanız, işlem sonrası dikişleriniz alınana kadar her gün pansuman için gelmeniz, doktorunuzun önerilerine uymanız, doktorunuz önermişse doktorunuzun yasakladığı sürece cinsel ilişkide bulunmamanız ve **işlem sonrası 15.günde ameliyat olduğunuz hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine kayıt yaptırarak kontrol muayenesi için mutlaka gelmeniz sağlığınız için ve sonuçları başarılı bir ameliyat için mutlak gerekliliktir. Herhangi bir beklenmeyen durum gelişirse en kısa zamanda en yakın bir Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvurmanız gerekir. Ayrıca taburculuğunuz sırasında epikriz formunuzu mutlaka almanız gerekmektedir.**

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Durumumun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumların girişim esnasında açığa çıkabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Kan ürünleri: Kan ürünlerinin verilmesi ile kanın pıhtılaşmasında bozukluklar, kalp yetmezliği, vücut ısısının normalin altına düşmesi, vücutta uyuşmalar, kasılmalar, bilinç değişiklikleri ve hayatı tehdit eden kalp ritim bozuklukları, alerjiye bağlı tansiyon düşüklüğü, nefes darlığı, hırıltılı solunum, karında kramplar, kusma, ishal, bilinç kaybı, ani akciğer hasarlanması ve solunum yetmezliği kalp ritminde bozulmalar, kalp durması ve ölüm görülebileceğini anladım. **AIDS, Hepatit B, Hepatit C, Brusella, sıtma, frengi gibi ve benzeri hastalıkların en güncel yöntemlerle kan test edilse bile kan ürünlerinin verilmesi ile bulaşmasının mümkün olabileceğini anladım.** Kan verilmesinden aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebileceğini anladım. **Tüm bu riskleri kabul ederek gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.**

Eğitime katkıya onay: 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. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bunlar ve diğer kayıtlarımın ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Sonuç: Bu belgede yazılanların tümünü okudum ve anladım. Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri ve tedavi uygulanmaması halinde muhtemel sonuçlar hakkında ayrıntılı ve tatmin edici bilgi verildi. **Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ve işlemle ilgili bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi.**

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



Bu konuda sorumlulukların bana ait olduğunun bilincinde olduğumu, hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın, **kendi özgür irademle** doktorum tarafından önerilen işaretlenmiş ürojenekolojik cerrahi işlemini kabul ettiğimi ve ameliyat ile ilgili doğacak sonuçları hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımı; sonucuna katlanacağımı ve işaretlenmiş ürojenekolojik cerrahi işlemine onay verdiğimi beyan ederim. Ayrıca bu formun önerilen cerrahi işlemde en az 3 gün önce okuyup değerlendirmem için bana verildiğini bildiririm.

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından açıklandığı şekilde bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Aklımdaki soruları doktoruma sordum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

HASTA

(Lütfen aşağıya el yazınız ile **"Okuduğumu anladım. Onam formunun bir nüshasını aldım. Yapılacak işlemi kabul ediyorum."** yazınız.)

.....
.....
.....

Tarih:/...../20.... Saat: :

Hastanın; Adı-Soyadı (El yazınız ile) :

İmza:

Hastanın Vekili*/Yasal Temsilcisi;**

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



Tarih:/...../20.... Saat: :
Hastanın imza atamama nedeni:.....
Adı-Soyadı (El yazınız ile) :
İmza:

DOKTOR
Yukarıda ismi yazılı hasta / vekili / yasal temsilcisine, tarafımdan; hastalığı, yapılacak olan işlem ve bu işlemin kimler tarafından yapılacağı, bu işleminden beklenen faydalar, işlem sonrası gereken bakım, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, işlemin alternatifleri (varsa), işlemin riskleri ve komplikasyonları, işlemin tahmini süresi, kullanılacak olan ilaçların önemli özellikleri, hastanın sağlığı için kritik yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta / Vekili / Yasal Temsilcisi, işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.
Kaşe - İmza
Tarih:/...../20.... Saat: :

TERCÜMAN Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....



Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tarih:/...../20.... Saat: : ☐Tercüme Yapan Kişinin; ☐Adı-Soyadı (El yazınız ile) : İmza:

*Vekil: Kişinin, işini görmesi için kendi yerine bıraktığı veya yetki verdiği kişidir.

**Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.

“11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi” ve “1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği” uyarınca: tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastalardan alınması gereken rıza (onam) belgesidir.

Lütfen rıza (onam) formunun tüm sayfalarını okuyup imzalayınız!

İMZA:.....