

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.08	01.03.2017	----	0	1 / 2

BİLGİLENDİRME

Hastalığın Tanısı Ve Nedeni

Sezaryen olan bir kadının daha sonraki gebeliğinde normal doğum yapmasına sezaryen “Sonrası Vajinal Doğum (SSVD ya da VBAC, Vaginal Birth After Cesarean)” denir

Önerilen tedavinin işlemin açıklaması

Sezaryen sonrası vajinal doğum her zaman mümkün değildir fakat bazı şartlar sağlandığında mümkün olabilmektedir ancak çok ciddi dişleri olan bu durum için aşağıdaki bilgileri okumanız sorularınız varsa bunları hekiminize danışmanız ve kararı verirken tüm bu risklerin farkında olmanız gereklidir.

SSVD için;

- Anne adayı ssvd konusunda istekli olmalı ve zorlanmamalıdır.
- Anne adayının pelvis (“çatı”) yapısı normal doğum yapmaya uygun olmalıdır.
- Anne adayında rahim şekil bozukluğu ya da önceki doğumlarında rahimin yırtılması gibi bir durum söz konusu olmamalıdır.
- Anne adayının daha önceden yatay kesili bir ya da en fazla 2 sezaryen geçirmiş olmalıdır ve istendiğinde bu ameliyatı hakkında hekimine epikriz ya da ameliyat notu sağlayabilmelidir.

İlk yapılan sezaryen ameliyatının üzerinden çok yıl geçmiş olması riskleri azaltmaz

Aşağıdaki durumlarda ssvd uygulanması kontrendikedir.

- Daha önce dikey klasik insizyonla sezaryen öyküsü.
- Rahimin doğum eyleminde yırtılması (rüptür) öyküsü.
- Daha önce çeşitli nedenlerle rahime yapılmış cerrahi işlemlerde rahime derin kesiler yapılmış olması (miyom operasyonlarında olduğu gibi)
- Mevcut gebelikte normal doğumu zorlaştıracak etkenlerin varlığı (iri bebek gibi)
- Daha önceki sezaryen nedeninin devam etmesi (dar pelvis gibi)
- Çoğul gebelik olanlar.
- Yüksek tansiyon ve şeker hastalığı olanlar.

Önerilen Tedavinin / İşlemin Tahmini Süresi

Önceki doğum sayısı gibi birçok etken doğumun süresini etkiler. 9 ile 18.5 saat arasında değişir.

Önerilen Tedavinin / İşlemin Amacı

Önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiş uygun hastalara normal vajinal doğum imkânı sağlamak

Başarı Oranı

Sezaryen sonrası normal doğum denemesi hasta seçimi uygun yapılırsa % 70 oranında başarılıdır.

Önerilen Tedavinin / İşlemin Avantajları Faydaları Ve Riskleri / Komplikasyonları

Acil sezaryen gerekebilir. Doğumda rahimde eski sezaryen yerinde yırtılma olabilir. Bu durumun tespitinde acil sezaryen ile doğum yapılsa bile bebeğin ölümü veya özürlü olması söz konusu olabilir. Rahimde onarılamaz yırtılma oluşursa rahimin alınması veya bazen rahimi besleyen damarların bağlanması gerekebilir. Bu durum da hayati tehlikeye neden olabilir. Doğum normal gerçekleşse bile bazen sessiz rüptür olabilir, bunun tespiti mümkün olamayabilir. Miad aşımı (doğumun başlamaması) durumunda doğum başlatılması için indüksiyon denen suni sancı veya diğer yöntemler uygulamayacaktır. Bebeğin anne karnında kaybedilmesi veya sorunlu doğma riski bulunmaktadır

Sezaryen sonrası normal doğum gerçekleştiren hastalar daha kısa sürede günlük yaşamlarında dönerler, doğum sırasında daha az kan kaybı gerçekleşir ve enfeksiyon riski daha azdır.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri

İlaç kullanımı sonrası alerjik reaksiyonlara rastlanabilir.

Önerilen Tedavinin İşlemin Varsa Alternatifleri

Sezaryen doğum.

Önerilen Tedavi, İyileşme Süreci İle İlgili Olası Problemler Ve Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri

Doğum sonrasında 6 (altı) haftalık dönem lohusalık dönemi olarak bilinir. Bu süreçte vücut tekrar gebelik öncesi haline döner. Doğumdan sonra 3-4 gün pıhtılı kanamanız olacaktır. Zamanla kanamanın rengi açılacak sarı beyaz renkli bir akıntı halini alacaktır

Hasta doktorunun önerdiği ilaçları düzenli şekilde kullanmalı varsa epizyotomi yarasına önerilen şekilde bakım uygulamalıdır. Lohusalık sürecinde cinsel birlikleri olmamalıdır.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Ulaşma

İhtiyaç duyduğunuzda hekiminize haber veriniz. Acil bir durum olması halinde hastanemize ya da en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

Tedavinin Reddedilmesi Durumunda Ortaya Çıkabilecek Riskler

Normal doğumu zorlaştıracak etkenlerin sebep olabileceği risklerdir

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.08	01.03.2017	----	0	2 / 2

* Hasta Hakları Yönetmeliği gereği; formun 1 sureti size verilecektir. Form tarafınıza verilmediğinde bildiriniz.

ONAM

Yapılacak olan uygulamaların ne olduğunu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı. Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen kendi özgür irademle, uygun görülen bu uygulamayı serbestçe yapmak üzere, bir özel hastane olduğunu bildiğim **Özel Ruha Academia Hospital Hastanesi**'ni, hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamanın yapılmasını talep ediyorum. Bu uygulamanın yapılmasına kendi rızam ile **İZİN VERİYORUM**.

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız. _____

Hasta Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Yakınlık derecesi _____

Hasta Yakını Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Yakınlık derecesi _____

Hasta Yakınından Onam Alınmasının Nedeni;

- Hasta 19 yaşında gün almamış (Her iki ebeveynden anne ve baba imza alınır. Ancak boşanmış aile ise imza velayet sahibi ebeveynden alınır.)
- Temyiz kudretine haiz değil / karar verme yetkisi yok. (Vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır)
- Bilinç kapalı

HEKİM

Yapılacak uygulamalar ile ilgili hasta / hasta yakınlarını ayrıntılı olarak bilgilendirdim ve tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım

*Tedaviye ve hastaya özel riskler varsa _____

Hekim Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

TERCÜMAN (Hastanın Dil / İletişim Problemi Var İse)

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

Tercüme Yapanın Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

TEDAVİNİN REDDİ

Kendi iradem ile yukarıda belirtilen, tarafıma yapılacak olan uygulamanın yapılmasına _____

_____ (Hasta tarafından kendi el yazısı ile gerekçe yazılacak) gerekçesi ile tüm hukuki sonuçları tarafıma ait olmak üzere **İZİN VERMİYORUM**

Hasta Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Hasta yakını Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Yakınlık derecesi _____

Hasta Yakını Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Yakınlık derecesi _____

Hasta Yakınından Ret Onamı Alınma Nedeni;

- Hasta 19 yaşından gün almamış. (Her iki ebeveynden anne ve baba imza alınır. Ancak boşanmış aile ise imza velayet sahibi ebeveynden alınır.)
- Temyiz kudretine haiz değil / karar verme yetkisi yok (Vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır)
- Bilinci Kapalı

Hastanın Dil / İletişim Problemi Var İse Tercüman;

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

Tercüme Yapanın Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....

Hekim Adı Soyadı _____ İmza Tarih / / 20..... Saat:.....