

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.57	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 1

Adı Soyadı :

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

T.C :

Prot. No:

Bölüm :

**SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ**

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

**SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ, İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**

TOT (Transobturator Tape) operasyonları stres inkontinans (öksürme veya hapsurma ile idrar kaçırma) için uygulanan bir operasyondur. Genelde diğer operasyonlarla beraber uygulanır. Teknik olarak işlem vajina ön duvarında açılan 2-3 cm'lik bir kesiden çengel şeklindeki metal çubukların geçirilerek pubis kemiğinin üzerinden veya altından çıkartılmasıdır. Böylece idrar yolu altına allerjik olmayan ve çok geç eriyen bir madde yerleştirilir. Bu madde bir destek dokusu oluşturur ve idrar kaçı ş engellenmeye çalışılır.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR**

İşlemin uygulanmaması durumunda idrar kaçırma eylemi devam eder.

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

- Mesane jimnastiği
- İdrar kaçırmayı önleyebilen ilaçlar kullanımı
- Diğer cerrahi yöntemler

**RİSK VE KOMPLİKASYONLAR**

1. TVT ve TOT operasyonlarının başarısı % 80-90 arasındadır. İşlem öncesinde farklı türde bir idrar kaçırma varsa (birden idrar gelme hissi ile beraber idrar kaçırma vs..) bu şikayetler geçmeyebilir.
2. Operasyondan 5 yıl sonra bile bakıldığında her iki operasyonda da % 80 hastanın idrar kaçırma probleminin olmadığı gözlenmiştir.
3. İşlemin amacı idrar kaçırmayı engellemektir fakat operasyon sonrası idrar kaçırma şikayetinin tamamen geçeceği garanti edilemez.
4. Çok sık olmamakla beraber % 1-4 oranında vajina ön duvarında veya metal çengellerin geçtiği kanalda kanama ve hematoma (kan birikmesi) gelişimi olabilir.
5. %1-2 oranında idrar yolu altına yerleştiren bu maddeye karşı hassasiyet gelişebilir ve bunu çıkartılması gerekebilir.
6. TVT operasyonu sırasında % 2-8 oranında mesane delinebilir ve buna bağlı olarak sonda daha uzun süreli kalabilir. Operasyon sırasında mesane delindiğinde kolaylıkla onarılabilir. TOT operasyonunda mesane delinmesi nadiren olur.
7. Operasyondan sonra % 7-8 oranında idrar yapmada güçlük gelişebilir. Bu durum genelde geçicidir. Operasyon yapılan hastaların az bir kısmında bu idrar yapma zorluğu kalıcı olabilir (%1) ve konulan maddenin gevşetilmesi veya çıkartılması için yeniden operasyon gerekebilir.
8. İşlem sonrası idrar yolu iltihabı % 2-5 arasında gelişebilir ve bu durumda uzun süreli antibiyotik tedavisi gerekebilir.
9. İdrar kaçırmının geçmesine rağmen idrar yapmada güçlük ve idrar yaparken yanma %7-10 hastada uzun süreli devam edebilir.
10. TVT ve TOT operasyonları cerrahi bir operasyondur ve operasyona bağlı veya anesteziye bağlı olarak çok nadiren de olsa ölüm gözlenebilir. Bu oran 100.000 işlemde 4'den daha azdır.
11. Genel anestezi (Narkoz) alan hastalarda artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
12. Özellikle uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, şişmanlık problemi olanlar ve kanın pıhtılaşma şansını arttıran ilaç kullananlarda ağır ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerler gidebilir.
13. Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi gelişebilir
14. Merkezi sinir sistemi ile ilgili sorunlar ve felç.
15. İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
16. Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
17. Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
18. Şeker hastalığı ve hipertansiyon gibi önceden bilinen sistemik hastalığı olan hastalarda bu problemlere bağlı oluşabilecek ataklar ve problemler.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Planlanan Tedavi Süresi: 30-60 Dakika**

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.57	01.01.2017	----	0	Sayfa 2 / 1

## ONAY

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımla planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- **Anestezi alacak hastalar için:** Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

## Bu Belgede Tanımlanan Girişimin / Tedavinin Uygulanmasını:

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

KABUL EDİYORUM  KABUL ETMİYORUM.

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM

## Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:

Hastane Tel: 0 414 314 10 00 – 444 29 63 Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz. Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....

## BİREYSEL RİSKLER:

.....

.....OKUDUM ANLADIM SORUM YOK.....

## HASTANIN ADI SOYADI :

İmzası:

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

## HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN/ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı :

İmzası:

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

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

## DOKTORUN ADI-SOYADI :

İmzası:

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

## ŞAHİT ADI-SOYADI :

İmzası:

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

(Tıbbi Sekreter-Hemşire-Personel Vb. Sağlık Çalışanı)