

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.60	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 1

Adı Soyadı :

Tarih : / / 20.....

T.C :

Prot. No:

Bölüm :

Sayın Hasta, Yasal Temsilci

Size uygulanacak cerrahi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri(zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilendirilmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi ve cerrahi müdahaleler şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, gereken tüm önlemler alınmasına rağmen, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz

(formu imzalayarak onay vermeniz/ rıza göstermeniz) halinde size, tıbbi uygulama (.....
..... ameliyatı) yapılacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not olarak hekiminizle olan aydınlatma / bilgilendirme görüşmenizde hekiminizle paylaşın.

Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız, hazırlanan bu form sizin bildiğiniz bir dilde değilse ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

Aydınlatma /bilgilendirme görüşmesinden sonra uygulamanın gerçekleştirilmesini istiyorsanız; formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.

Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi, ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup, anlamamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmek ve bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede, sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

1. İşlemden Beklenen Faydalar

Mevcut sorunun aydınlatılmasına yönelik yapılması gereken bir işlemdir. Servikal polipektomi rahim ağzında (serviks) bulunan solid dokunun çıkarılması işlemidir. Bu girişimde lokal ya da genel anestezi kullanılır.

Bu gerekliliği doğuran hastalığın ortaya konulmasıdır.

2. İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Mevcut sorunun ne olduğunu aydınlatmaya yönelik yapılması önerilen bu işlem yapılmadığında durumumun ne olduğu anlaşılamayabilir, malign (kötü huylu) bir hastalığım varsa tanısı gecikebilir veya atlanabilir; ileride önerilen tedavim eksik veya yanlış planlanabilir; mevcut şikayetlerim devam edebilir.. Eş zamanlı yapılabilecek bazı girişimler ile tedavime yönelik işlemler eksik kalabilir. Böylece durumum daha kötüye gidebilir.

3. İşlemin Alternatifleri

Alternatif yok.

Girişim yapılmadan görüntüleme teknikleri (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans).Tanıda altın standart alınan parçanın histopatolojik olarak incelenmesidir.

4. İşlemin Riskleri-Komplikasyonları

Tedavisiz durumun devam etmesi durumunda riskler zararlar olabileceği gibi benim için planlanan cerrahi tanısal işlemlerle ilgili riskler de vardır. Cerrahi medikal veya tanısal işlemlerin tümünü özgü olan enfeksiyon damarlarda akciğerlerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerler de havalandırma azlığı (atelektazi) hatta ölümlü sonuçlanabilir. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.60	01.01.2017	----	0	Sayfa 2 / 1

bulduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Burada söz konusu edilen risklerden bazısı veya bazıları oldukça enderdir. Ayrıca burada belirtilen cerrahi girişim riskleri özellikle şişman, daha önce karın ameliyatı geçirmiş ya da mevcut hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı yüksek kan basıncı) ve sigara içenlerde de daha yüksektir.

- Rahim ağzının zedelenmesi, yırtılması, gerekirse rahimin alınması riski,
- Kanama ya da rahimin yırtılması sonucu rahimin alınması,
- Kitlenin tamamının çıkarılamaması
- Rahim ağzındaki genişletilmeye bağlı rahim ağzında hasar ve sonraki gebeliklerde erken dönemde düşük riskinin ortaya çıkması yukarıdaki mevcut durumlardan biri veya birkaçı nedeniyle işlemin açık ameliyata (laparotomi) dönme ve zarar görmüş organları tamir veya çıkarılması riski bulunmaktadır. Rahim içinde yapışıklık olması ya da önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi söz konusu olabilir.
- Uyumta veya uyutmadan kullanılan ilaçlara veya ameliyatta kullanılacak ilaçlara karşı beklenmeyen cevaplar (reaksiyonlar) gelişebilir.

5. İşlemin Tahmini Süresi

İşlem ortalama 30 dakika sürmektedir. Operasyonun gidişatına göre değişim göstermektedir.

İŞLEM SONRASINDA:

Genel temizlik kurallarına ve hijyen kurallarına uyunuz, işlem yapıldığı gün istirahat ediniz, on günden önce cinsel ilişkide bulunmayınız. İlk 2-3 gün 2-3 ped kanama olması normaldir. Azalarak devam eden kanam birinci haftanın sonunda kesilecektir.

Materyalin bir kısmı, nadiren de tümü rahim içinde kalıp, alınamayabilir. Bunun sonucunda kanama ve enfeksiyon gelişebilir. Yeniden müdahale veya hastaneye yatırılmanız gerekebilir. Bu nedenle aşağıdaki durumdan hemen hastanemize (mümkün değil ise bir sağlık kuruluşuna) başvurunuz.

- Ateşiniz 38 C yi aşarsa,
- İki saat boyunca saatte 2 büyük ped kanamanız olursa,
- İltihaplı bir akıntınız olursa,
- Aşırı karın ağrısı, hassasiyet oluşursa hemen hastanemize başvurunuz.

Bireysel Riskler:

II-ONAM (RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

- 1- Doktorum tarafıma hastalığımın açıkça tanımını yaptı.
- 2- Hastalığımın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusunda bilgilendim.
- 3- Cerrahi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti açıkça anlatıldı.
- 4- Hastalığımın diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile bu uygulamaların sağlığım üzerine muhtemel etkileri konusunda bilgilendirildim.
- 5- Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.
- 6- Bana önerilen tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.
- 7- Cerrahi müdahale ve tedavim sırasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.
- 8- Tedavide istenen başarıya ulaşmak için sağlığım için kritik olacak yaşam tarzı özelliklerinin neler olduğu, ve yine tedaviyi tamamlayacak uygulamalar konusunda açıkça bilgilendirildim.
- 9- Doktorlarımin planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.
- 10- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği anlatıldı.

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
HB.RB.60	01.01.2017	----	0	Sayfa 3 / 1

11- 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 konusunda bilgilendirildim.

12- Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim açısından bilgi sahibi oldum.

Tarafıma yapılacakameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum, anladım uygulanması planlanan ameliyatının Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine

..... (hastanın el yazısı ile: kendi rızamla izin VERİYORUM)

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dökümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

Bu doküman Sayfadır.

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

HASTANIN :
Adı-Soyadı :
İmza :

Tarih : / / 20.....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN/ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı :
İmza :

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)