ÇEVİRMEN İHTİYACI

Çevirmen gerekli miydi? Evet Hayır

Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? Evet Hayır

KONDÜLOM EKSİZYONU Ameliyatı konusunda bilgilendirilmek istemiyorum.
.....
..... Hasta Adı Soyadı Yakını Adı Soyadı
İmza İmza
Tarih-saat: ..../..../..... - ..... Tarih-saat: ..../..../..... - .....

1- Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları

kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

İşlem Op. Dr ..... tarafından yapılacaktır.

İşlem yaklaşık 30 dakika sürecektir.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz,

sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Yapılacak İşlem (Hastanın kendi sözcükleriyle yazılmalıdır):

Hastanızın/hastalığınızın tedavisi için kondülom eksizyonu ameliyatı gerekmektedir. Genel veya spinal anestezi altında yapılan bu ameliyatla, peniste ve veya skrotumda ki oluşmuş olan siğiller tabanından kesilerek ve/veya yakılarak tedavi edilmesidir.

Bu ameliyat anestezi verilerek uygulanacağı için “Anestezi Öncesi Hasta

Bilgilendirme Formu ve Anestezi Uygulanacak Hasta Onam Formu” ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

2- İşleme ait riskler

Operasyon bölgesnde enfeksiyon riski mevcuttur.

Hastalığınızın doğası gereği gözle görülmeyen siğil parçaları zamanla genişleyerek hastalığınızın tekrarına sebep olabilir.

Operasyon sonrası yara yerinde ağrınız olabilir.

3- Ameliyattan Sonra İyileşme

Ameliyattan sonra vücudunuz anestetik maddeden tamamen arınıncaya kadar görevli kişiler tarafından yakından takip edileceksiniz. Sonra eve gidinceye kadar kalacağınız üroloji servisine alınacaksınız. Baş ağrısı, bulantı, kusma gibi ağrı duymamanız için verilen

ilaçlardan kaynaklanan yan etkiler olursa görevli kişilere bilgi vermelisiniz. Herhangi bir sorun yaşanmazsa hastanede kalış süreniz 1 gündür.

4- Ağrı

Ameliyat bölgesinde ağrınız olabilir. Ağrınız olduğunda görevli kişilere bilgi

vermelisiniz. Ağrınız 7-10 gün içerisinde ilaç gerektirmeyecek düzeye gerileyecektir. Aksi takdirde doktorunuza haber vermelisiniz. .

5- Cinsel Aktivite

Siğil koterizasyonu sonrası cerrahi öncesi normal orgazm olan hastalarda cerrahi sonrası aynı düzeyde cinsel yaşamını sürdürebilir. Cerrahi sonrası 1 hafta boyunca cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

6- Akciğerler ve Kan Dolaşımı

Cerrahi sonrası mümkün olduğunca erken sürede harekete başlamalısınız. Böylece bacaklarınızda kan pıhtılarının oluşmasını ve pıhtıların akciğerlerinize gitmesini önleyebilirsiniz. Ayrıca derin nefes egzersizleri yapmanız, her saat başı on defa derin nefes almanız, akciğerlerdeki salgıları harekete geçirerek akciğer enfeksiyonu gelişimini engeller. Cerrahiden sonra akciğer enfeksiyonu riskini arttıracağından sigara içmekten kaçınmanız yararlı olacaktır.

7- Egzersiz

Kişilerin ameliyat öncesi yaşamlarına dönebilmeleri genellikle 8 haftalık bir zamanı alır. Ameliyattan sonra dört hafta boyunca araba kullanmaktan kaçınmalı, en az 8 hafta boyunca ağırlık kaldırmamalısınız.

Aşağıdaki durumlarda doktorunuza haber veriniz:

Penisten çok miktarda kanlı akıntı

İdrarda kan ve pıhtı gelmesi

Ateş ve titreme

Testislerde ağrı ve şişme

İdrar yapma güçlüğü ve/veya idrar yapamama

Ağrı kesicilerle geçirilemeyen ağrı

Karın şişliği

Ameliyat sonrası yakınmalarınız olması durumunda mesai saatleri içinde Üroloji polikliniğimizden diğer zamanlarda ise hastanemiz acil servisinden tıbbi yardım ve destek alabilirsiniz

8- Hasta/Koruması/Vekili tarafından Tebliğ:

Doktor/sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim. Hastalığımın tedavisi ile ilgili yapılacak olan kondülom eksizyonu ameliyatı konusunda bilgi aldım.

Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı. Bu işlemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu işlem yerine ygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. İşlemin maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.

Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

Bu girişim ile mevcut durumumda düzelme olmama ihtimali olduğunu biliyorum. Acil ve beklenmedik durumlarda onayım olmaksızın kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

Bu işlem sırasında gerekirse doktorum tarafından konsültan doktor çağrılabileceğini ve ilave girişimler uygulanabileceğini biliyorum.

Operasyon sırasında fotoğraf ya da video görüntülerinin alınabilmesine ve bunların kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Hastalığımla ilgili klinik bulgu, tetkik, tedavi ve sonuç bilgilerinin tüm kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla, geriye veya ileriye dönük bilimsel çalışmalar için kullanılmasına ve yayınlanmasına izin

veriyorum.

İşlemin klinikte çalışan başka bir hekim tarafından da uygulanabileceğini kabul ediyorum. Bu bilgiler ışığında, yukarıda açıklanan kondülom eksizyonu ameliyatının şahsıma ygulanmasına / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

9- HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

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

10-(Yapılacak müdahaleyi ve yapacak hekimi biliyorum, bana anlatılanları tümüyle anladım, hekimim tüm sorularıma yanıt verdi, yapılacak müdahaleden istediğim zaman vaz geçme hakkına sahip olduğumu biliyorum, bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğim ile kabul ediyorum.)

(Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır.)

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

Hastanın Adı Soyadı ..... Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza İmza

Tarih – saat: .../ .../...- ..... Tarih .../ .../...- .....

Doktor adı soyadı .....

İmza

Tarih- saat : ..../..../..... - .....