Size yapılacak her türlü tıbbi hizmet ve cerrahi müdahalede sizin bilgilendirmeniz ve izninizin alınması şartıyla yapılabilir. Tüm hekimler ve sağlık personelleri hastalarının iyileşmesi için büyük çaba harcarlar.Ancak bazen tüm çabalara rağmen hastanın iyileştirilmesi mümkün olmayabilir.

Size gerekli müdahalenin yapılabilmesi için sınırlı uyuşturma veya genel anestezi uygulaması gerekli olabilir.Lokal anesteziklerin komplikasyonları olarak geçici felçler,titreme,bulantı,işitme bozukluğu,konsantrasyon bozukluğu,aşırı gerginlik , konvulziyonlar,kalp ritim bozuklukları, solunum sıkıntısı,alerjik sorunlar ve çok nadiren ölüm gelişebilir.

Genel anesteziklerin komplikasyonları olarak solunum fonksiyonu ve yollarının bozuklukları,kalpte ritim bozulması,mide içeriğinin akciğerlere kaçması , karaciğer ve böbrek hasarları ve 1/ 10000 olasılıkla ölüm gelişebilir.

KÜÇÜK MÜDAHALELER

Bu yaklaşım kadınlık organlarına ait hastalıklar için tanı ve /veya tedavi edici kısa süreli cerrahi müdahaleleri kapsamaktadır.Kadın dış genital bölgesinden,vajinadan ve rahim ağzından alınabilecek biyopsilerden kanamalar,enfeksiyon, biyopsi yerinin açılması ya da enfeksiyon tarzında sorunlar gelişebilir. Çok nadiren olabilecek aşırı kanamalar nedeni ile rahmin alınması gerekebilmektedir.

Vajina yan duvarından gelişebilen doğumsal kistik oluşumların çıkarılması sırasında kanama,kan birikmesi,enfeksiyon,tam çıkarılamama nadir de olsa görülebilir.

Rahim ağzındaki yaralara yönelik yapılan elektrokoterizasyon yöntemi sırasında kanama, enfeksiyon,tam olmayan iyileşme görülebilir.

Kadın dış genital bölgesinde baunolin kisti denilen kistik oluşumların çıkarılması sırasında kanama, kan birikmesi gelişebilir.Sonrasında enfeksiyon,yeniden kist oluşum gözlenebilir.

Probe küretaj kadınlık organlarına ait hastalıklara kesin ya da ön tanı koymak için yapılan bir yöntemdir.Bu müdahale sırasında rahim delinmesi ve buna bağlı olarak komşu organ yaralanmaları,ciddi boyutlarda kanama,küretaj işleminin hiç yapılamaması söz konusu olabilir.Probe küretaj sırasında rahmin alınması nadir de olsa gerekebilir.İşlem sonrasında enfeksiyon %2 gelişebilir. Çok nadiren ölüme sebep verebilecek kadar ciddi problemler oluşabilir.Probe küretaj ile hastalığa kesin tanı koymak,mümkün olduğu halde çok nadiren küretaj ile hastalık bölgesinden materyal alınamamasına bağlı olarak tanı atlaması da söz konusudur.

Yukarıda belirtilen komplikasyonlar hiçbir zaman istenmeyen fakat nadir de olsa karşılaşılan durumlardır. Her türlü cerrahi girişimin istenmeyen riskleri vardır. Bu riskler bilinerek göze alınmalıdır.Bu risklerin minimumda tutulması için elimizden gelenin yapılacağından emin olunuz.

Bana hastalığım ve gerektirdiği tıbbi veya cerrahi müdahale veya operasyonla ilgili ayrıntılı bilgi verildi. Yukarıda belirtilen her türlü risk veya komplikasyonu bilerek, yapılacak girişim,müdahale veya operasyonu kabul ediyorum.

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 hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen cerrahi girişimi ve ameliyat ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana

önerilen .....işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

Okudum anladım kabul ediyorum.

- **HASTA YA DA HUKUKSAL OLARAK SORUMLU KİŞİ :**

- Adı-soyadı :.....

- İmzası :.....

- Tanık :

- Tarih: Saat:

- Adı-soyadı :.....

- Hastaya yakınlığı .....

- İmzası :.....

- Tarih: Saat:

- □Yapılacak olan girişimleri reddediyorum.

- Bu reddetmenin getireceği olası tibbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

- **Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**

- Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

-Tarih : Saat :

- Tedavi eden hekim :

- Adı-soyadı :.....

- İmzası ve Kaşesi :.....