Hasta Adı-Soyadı: .....Protokol No: .....

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.

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 dökümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Yapılacak İşlem (Hastanın kendi sözcükleriyle yazılmalıdır):

.....

.....

Hastalığınızın tedavisi için adrenalektomi ameliyatı gerekmektedir. Bu ameliyat

..... taraftaki adrenal (böbreküstü) bezin tamamının çıkartılmasıdır. Karşı taraftaki

böbreküstü bezi işlevlerini tam olarak yerine getirebiliyorsa ameliyat sonrasında ek tedavi almanıza gerek olmayacaktır. Doktorunuz bu konuda size bilgi verecek, sorularınızı yanıtlayacaktır. Ameliyat sonrasında cerrahi uygulanan sahadaki olası kanamaların takip edilmesi amacıyla vücut içerisine diren konulacaktır.

Bu ameliyat anestezi verilerek uygulanacağı için “Anestezi Öncesi Hasta Bilgilendirme Formu ve Anestezi Uygulanacak Hasta Onam Formu” ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

İşleme ait olası riskler:

- Ameliyat sırasında veya sonrasında nadir olarak böbreküstü bezini besleyen damarlardan ya da çevre organ veya damarlarından kanama olabilir. Bu durumda kan verilmesi ya da hastanın tekrar ameliyata alınması gerekebilir.
- Ameliyat sırasında çevre organlarda (böbrek, karaciğer, dalak, barsak gibi) nadiren yaralanma olabilir. Olası organ yaralanmaları öncelikli olarak hasarlanan organın korunması yönünde çabalarla giderilecektir.
- Ameliyat sırasında işlemin gerçekleştirilebilmesi için bir veya daha fazla kaburganızın bir bölümünün çıkartılması gerekebilir. Bu durum uyuşukluk hissi veya akciğer sorunları yaratabilir.
- Karın içerisindeki ameliyat bölgesinde yapışıklıklar meydana gelebilir ve bu durum uzun dönemde barsak tıkanıklıklarına yol açabilir. Bu sorunun çözümü için ileri cerrahi uygulamaları gerekebilir.
- Bazı kişilerde ameliyat hattındaki yaranın iyileşmesi anormal olabilir; yarada kalınlaşma, kızarıklık ve ağrı görülebilir.
- Kesi yerindeki bir gevşeme, kesi yerinin bir kısmında veya tamamında kısa dönemde yaranın açılmasına ya da uzun dönemde fıtıklaşmaya sebep olabilir.

Ameliyattan Önceki İlaçlarınız Ameliyattan önce kullandığınız doktor reçeteli ilaçlarınız veya bitkisel ilaçlarınızın doktorunuz tarafından bilinmesi ve değerlendirilmesi özellikle kanı sulandırıcı ilaçlar kullananlarda artmış bir kanama riskinin belirlenmesi için çok önemlidir. Bu ilaçlar ameliyattan 2 hafta önce bırakılmalıdır. Eğer son iki hafta içerisinde bu ilaçlar alınmışsa, kanama riskinden kaçınmak için ameliyatın ertelenmesi gerekebilir.

Ameliyat Sonrası İyileşme Ameliyattan sonra vücudunuz anestetik maddeden tamamen arınıncaya kadar görevli kişiler tarafından yakından takip edileceksiniz. Sonra eve gidinceye kadar kalacağınız üroloji servisine alınacaksınız. Başağrısı, bulantı, kusma gibi ağrı duymamanız için verilen ilaçlardan kaynaklanan yan etkiler olursa görevli kişilere bilgi vermelisiniz. Herhangi bir sorun yaşanmazsa hastanede kalış süreniz 2-4 gündür.

Ağrı Ameliyat yerinde ağrı olmasını doğaldır. Ağrınız olduğu veya şiddetlendiği zaman ağrı kesici ilaçlar ağız yoluyla verilebilinir veya kas içerisine ya da damar içerisine iğne şeklinde uygulanabilinir.

Beslenme Ameliyat sırasında ve hemen sonrasında kolunuzdaki damar yolundan verilecek serum ile beslenecek ve sıvı alacaksınız. Doktorunuzun önerdiği andan itibaren başlangıçta ufak yudumlarla su

alabilirsiniz, normal gıda alımına başlayıncaya kadar yavaş yavaş sıvı alımınızı arttırabilirsiniz.

Akciğerler ve Kan Dolaşımı Ameliyattan sonra erken dönemde hareket bacaklarda oluşacak bir pıhtının akciğerlere gitmesini engelleyecek ve böylece hayatınızı tehdit edebilecek bir olaydan korunmanızı sağlayacaktır. Ayrıca saatte on kez derin nefes almanız ve nefes egzersizleri yapmanız mevcut sekresyonlar nedeniyle enfeksiyon oluşmasını engelleyecektir. Aksine sigara kullanıyorsanız ameliyat sonrasında enfeksiyon riskiniz ve öksürüklerin şiddetinden ötürü ağrılarınız artacaktır.

Egzersiz Tam olarak iyileşmeniz yaklaşık 4 haftalık bir süre alacaktır. Ameliyattan altı hafta sonra araba kullanmaya başlayabilirsiniz. Ancak sekiz haftadan önce ağır şeyleri kaldırmayınız.

Hasta/Koruması/Vekili tarafından Tebliğ:

Doktor/sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim. Hastalığımın tanı ve tedavisi ile ilgili olarak yapılacak olan Adrenalektomi 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 uygulanabilecek 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 Adrenalektomi girişiminin şahsıma / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

Tarih :..... /..... /..... Saat :.....

	Adı – Soyadı	**İmza**
Hasta / Hasta Yakını (*) (yakınlık derecesi.....)		
Tanık		
Sorumlu sağlık personeli		

*Hastanın yakını : Vesayeti altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda birinci derece kanuni mirasçılar.

Bu form Üroonkoloji Derneği tarafından hazırlanmıştır.

Kaynak: Bu form, Türk Üroonkoloji Derneği tarafından yayımlanan "ADRENALEKTOMİ (SÜRRENALEKTOMİ) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU" belgesinden alınmıştır.
Özgün belge: http://www.uroonkoloji.org/files/asabof_2006.pdf
Derneğin onam formları sayfası: https://uroonkoloji.org/onam-formlari/