Ben,.....

Demo Sağlık Tesisi Üroloji Kliniği'ne başvurdum, sonrasında **TESTİS BİOPSİSİ** nedeniyle cerrahi girişim uygulayacak olan Op. Dr..... ve kendisine yardımcı olacak hemşire ve diğer yardımcılarının hastalığım ile ilgili olarak muayene ve gerekli tetkikleri yapabilmelerine özgürce izin veriyorum.

Yapılabilecek muayene, tetkikler ve cerrahi işlem ile ilgili yöntem bana tümüyle anlatıldı.

Laboratuar tahlilleri için kan veya diğer örnek alınması, toplanması ve testlerin yapılmasının gereğini anladım. Ek rahatsızlıklarımın olup olmadığı konusunda operasyon öncesi çeşitli branşlara muayene olmam gerektiğini ve konsültasyonlara gitmem gerektiği bana detaylıca anlatıldı ve kabul ediyorum.

Yapılacak muayene ve tetkikler sonrasında hastalığımın tedavisine yönelik tıbbi tedaviler ve cerrahi girişimler ile ilgili olarak bana gerekli bilgi verildi, seçenekler anlatıldı. Sonuçta ortaya çıkabilecek tehlikeli durumlar doktorum tarafından tamamen açıklandı.

İşlem yaklaşık 15-30 dk. sürer.

İşlem sonrası 5 gün yatak istirahatı önerilir.

Bunlar;

Operasyondan sonra testislerde enfeksiyon (orşit) (%7-10) gelişebilir ve antibiyotik tedavisi gerekebilir. Cerrahi sonrası erken dönemde belirgin ödem gelişebilir (%12) ve skrotum boyutlar ameliyat öncesine göre belirgin artabilir. Bu durum geçici olup 1-3 ay içinde kendiliğinden düzelecektir İnsizyon yerinde enfeksiyon (%4-6) gelişebilir. Antibiyotik tedavisi gerekebilir. İyileşmez ise sütürlerin alınması ve açık yara pansumanı yapılması gerekebilir.

Testis biopsisi sırasında vas deferens adı verilen ve spermleri taşıyan kanal çok nadiren zarar görebilir (%0,85).

Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara yeri kalınlaşabilir. Kırmızı ve ağrılı olabilir. Bazı kişilerde operasyon sonrası kanama gelişebilir ve ek girişime ihtiyaç duyulabilir.

Seçebileceğim medikal tedavi veya cerrahi yöntem ile ilgili olarak sorularıma ayrıntılı yanıt verilmiş ve her yöntemin iyi veya kötü yönleri ile cerrahi uygulamanın öncesi ve sonrasında dikkat etmem gereken konular, operasyon sırası ve operasyon sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar tarafıma açıklanmıştır.

Uygulanacak cerrahi yöntem ile ilgili olarak bu belgede yer almayan ancak benim öğrenmek istediğim konularda tarafıma açıklanmıştır. Doktorum tarafından daha sonra aklıma gelebilecek soruları da her zaman sorabileceğim ve bu konuda açıklama yapabileceği bilgisi tarafıma verilmiştir. Sunulan seçeneklerin risk ve tetkiklerini, oluşabilecek komplikasyonları, tamamen anlayarak bu bilgiler ışığında, **TESTİS BİOPSİSİ nı** tamamen özgür irademle kabul ediyorum.

Planlanan cerrahi uygulaması sırasında sağlığım açısından bir tehlike oluşacağının tespit edilmesi veya yapılan cerrahi sırasında anestezi altında iken başka bir cerrahi tekniğin yararıma olacağının doktorum tarafından belirlenmesi halinde, doktoruma uygun gördüğü cerrahi yöntemi ve bununla ilişkili girişimsel işlemleri, uygulaması için izin veriyorum.

Yapılacak ameliyat sırasında sağlığım için gerekli görülmesi halinde kan ve kan ürünlerinin nakline de bu belge ile izin veriyorum.

Yapılacak cerrahi uygulamanın yukarıda adı geçen hekim veya bir başka üroloji uzmanı hekim tarafında uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Laboratuar sonuçları, tıbbi kayıtları, röntgen ve benzeri ile operasyon kayıtları, video

görüntüleri gibi mutlak suretle tasarruf hakkım bulunan kişisel verilerin isim ve kimlik belirtilmeden genel sağlık yasaları ve etik kurallar çerçevesinde bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılması hususunda rıza gösteriyorum.

HASTA ADI SOYADI : DOKTORUN ADI SOYADI

iMZASI : TARİH:

İMZA :

HASTA VASISI/YAKINI:

ADI-SOYADI:

YAKINLIĞI :

TARİH :

iMZASI: