HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir.
Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME
Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat iğne biyopsisi parmakla yapılan rektal incelemede prostat bezinde büyüme, sertlik, nodül veya başka bir anormal bulgu saptanan, prostat muayenesi normal veya anormal olan ancak kandan bakılan prostata özgün antijen (PSA) değerleri yüksek olan hastalarda prostattaki patolojinin "iyi huylu", "kötü huylu" ayrımını yapmada yardımcı bir yöntemdir.
Hasta uygun pozisyonda (sıklıkla sol yan tarafa yatar pozisyonda bacaklar karına doğru çekilmiş olarak) yatırıldıktan sonra genellikle makattan bir jel yardımıyla lokal anestezi uygulanır. Ultrasonografi probu makattan içeri sokularak prostat görüntülenir. Ultrasonografi eşliğinde kalın barsağınızın son kısmından (prostat bezine ulaşmanın en kolay ve güvenli yolu kalın barsağın son kısmını kullanmaktır) biyopsi iğnesi taşıyan bir düzenek yardımıyla prostattan biyopsiler alınır.
o İşlemden beklenen faydalar:
Girişimin başarısı prostattan patolojik inceleme için farklı ve şüpheli bölgelerden çok sayıda biyopsilerin alınmasıdır.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Biyopsi sonrası elde edilecek dokuların patolojik incelemesi sonrası prostatınızdaki patolojinin "iyi huylu", "kötü huylu" ayrımı yapılmaya çalışılacak ve tedaviniz yönlendirilecektir. Biyopsi yapılmazsa tanı ve tedaviniz eksik kalabilir. Prostatınızdaki patolojinin kötü huylu olması ve tanı ve tedavinin yapılmaması durumunda prostat tümörü idrar yapamamaya kadar gidebilen işemeyle ilgili şikayetlere, idrardan kan gelmesine, böbrek fonksiyonlarının bozulmasına, vücudunuzdaki diğer organlara yayılarak genel vücut ve kemik ağrılarına ve ilerleyen dönemde yaşam sürenizin kısalmasına yol açabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Bu girişimin alternatifi yoktur.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1. Biyopsi işleminin sonunda sizde tansiyon düşmesi, baş dönmesi gelişebilir ve bir süre gözlem altında tutulmanız gerekebilir.
2. Makattan (%40-60) ve idrar yolunuzdan kanama (%50) olabilir. Sıklıkla kendiliğinden iki hafta içinde geçer. İdrardaki kanama nedeniyle sık idrara çıkma ya da yapamama nedeniyle geçici üretral kateter takılması gerekebilir. İlaç tedavisi veya cerrahi girişim yapılması gerekebilir.
3. İdrar yolu enfeksiyonu gelişebilir ve antibiyotik tedavisine ihtiyaç duyulabilir (%1).
4. Prostat iltihabı gelişebilir ve hastanın yatırılarak damardan antibiyotik tedavisi görmesi gerekebilir. 5. 3 hafta boyunca cinsel ilişki ağrılı, meni kanlı olabilir (%40). Sıklıkla kendiliğinden geçer. Geçmemesi durumunda ek ilaç tedavisine gerek duyulabilir.
6. Kalıcı bir ağrı hissi ve barsak hareketlerinin ağrılı oluşu çok nadir olarak görülebilir
7. İşlem öncesi var olan hemoroid (basur) ve fissur (çatlak) gibi durumların şiddetlenmesine neden olabilir ve ek tedavi ihtiyacı ortaya çıkabilir. Bu işlem lokal, rejyonel veya genel anestezi ile yapılabilir. Poliklinik şartlarında tercih edilen lokal anestezi uygulaması ile biyopsi yapılmasıdır.
o İşlemin tahmini süresi: 15 dakika *(Hekiminiz durumunuza göre ayrıca bilgilendirme yapacaktır.)*
o Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar :
Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ ortaya çıkabilir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle ÖLÜM TEHLİKESİ dâhil olmak üzere birçok etki ortaya

çıkabilir.

o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar:

*Aspirin ve aspirin türü ilaçlar biyopsiden bir hafta önce kesilmeli ve biyopsiden sonraki 1 haftaya kadar kullanılmamalıdır. İşlem sırasında sakin olmalı ve doktorun dediklerini dikkatlice dinlemelisiniz.

*Biyopsi işleminin sonunda sizde tansiyon düşmesi, baş dönmesi, makattan ve idrar yolunuzdan kanama olabilir. Bunlar normaldir. Bütün hayati fonksiyonlarınız normale dönünceye kadar polikliniğimizde gözlem altında tutulacaksınız. Doktorunuz izin verince evinize gidebilirsiniz.Biyopsi sonrası 15 gün boyunca idrardan ve makattan kan gelebilir. İdrar yaparken yanma ve sık idrara gitme şikayetleri ortaya çıkabilir. Bu doğaldır ve kendiliğinden geçecektir. Biyopsiden sonra evde istirahat edilmesi gereklidir. İşlem öncesinde kullanmaya başladığınız antibiyotiğe bitirene kadar devam ediniz. Antibiyotiğe rağmen yüksek ateş (>38 °C), terleme,titreme, makatta ağrı ve idrar yapamama gelişmesi halinde acil servise başvurunuz. Acil serviste bir ürolog tarafından değerlendirildikten sonra gerekli görülürse damardan antibiyotik ve serum tedavisi almanız gerekebilir. 3 hafta boyunca cinsel ilişki ağrılı, meni kanlı olabilir. Bu nedenle 3 hafta boyunca cinsel ilişki önerilmemektedir. Baharatlı ve acılı yiyecekler idrar yolu ile ilgili şikayetlerinizi arttırabileceğinden bu tür yiyeceklerden uzak durunuz. Biyopsi sonrası alınan parçalar patoloji bölümüne yollanacaktır. Patolojik inceleme sonuçları yaklaşık olarak 10-15 gün içinde polikliniğimize bildirilmektedir. Poliklinik kontrolüne geldiğinizde patoloji sonucuyla hekiminiz tarafından tekrar değerlendirilerek bilgilendirileceksiniz.

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş hasta onam formu” nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.

(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)

. . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)