Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta/hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

İŞLEMİN TANIMI:

Sünnet derisinin cerrahi olarak sulkus koronaryus görünecek biçimde cerrahi olarak çıkartılmasıdır.

1.İŞLEMİN NEREDE KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: Sünnet derisinin cerrahi olarak sulkus koronaryus görünecek biçimde cerrahi olarak çıkartılması ameliyatı Hastanemizin Ameliyathanesinde ..... tarafından uygulanacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Başarılı bir ameliyat sonrasında hasta normal hayatına devam edecektir. Balanit (sünnet derisinin iltihabı) hastalığından korunacaktır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Balanit (sünnet derisinin iltihabı) oluşması.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Alternatif yöntemler mevcuttur ancak karmaşa riski en düşük cerrahi uygulama klasik sünnettir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Oldukça sık yapılan bu cerrahi işlemin komplikasyon oranı %0.2 ile %5 arasında değişmektedir.

- a.Enfeksiyon: Gerekli antisepsi koşullarının sağlanamadığı evde ya da toplu olarak açık alanda yapılan sünnetlerde daha sık görülür. Özellikle toplu sünnetlerde Hepatit B, C ve HIV enfeksiyonu görülebilir.
- b.Kanama: En sık ortaya çıkan sorundur. Normal veya kan hastalığı olan çocuklarda uygun olmayan tekniklerle yapılan sünnetlerde ya da sünnet sonrası travmayı takiben gözlenir. Normal çocuklarda ikinci bir cerrahi işlem yeterlidir.
- c.Şekil Bozukluğu: Uygun olmayan teknik ya da işin uzmanı olmayan kişilerin yaptığı sünnetlerde gözlenir ve bu durumda revizyon gerekebilir.
- d.Prepisyumla birlikte fazla penis cildi kesilmesi: Cildi şekil bozuklarına ve bu deformitelerin düzeltilmesi için majör ameliyatların uygulanmasına neden olabilir.
- e.Glans penis (penis başı) yaralanması: Glans penis parsiyel ya da komplet olarak yaralanabilir. Parsiyel kesiler kolay düzeltilebilirken, komplet yaralanmalarda önemli sorunlar yaşanabilir.
- f.Kötü nedbe (iyileşme) dokusu: Yara uçları dikilmeyip sekonder iyileşmeye bırakılmış, uygun olmayan koşullarda yapılan sünnetlerden sonra ya da koter benzeri aletler kullanılarak yapılan sünnetlerden sonra ortaya çıkmaktadır.
- g.Nekroz: Koter kullanılması ya da uygun olmayan bandaj teknikleri ile yapılan sünnetlerden sonra yara iyileşmesi gecikebilir.
- h.Üretral Fistül: Sünnet sırasında üretranın yaralanması sonucu üretrokütanöz fistül gelişebilir. Cerrahi olarak düzeltilmesi gerekebilir.
- ı.Sünnet derisinin yetersiz kesilmesi**:** Bu durumda sünnet ile amaçlanan görünüm sağlanamaz.
- i.İdrar retansiyonu: Sünnetten sonra yapılan bandajın çok sıkı olması nedeniyle idrar çıkım güçlüğü yaşanabilir ve bu durum idrar yolu enfeksiyonuna ve böbrek hasarına yol açabilir.
- k.Meatal Stenoz: İdrar yolu çıkımında darlık gelişebilir.
- j.Sekonder Fimozis (sünnet derisinin geri çekilememesi: Özellikle elektrik akımının kontrol edilemediği koterle yapılan sünnetlerden sonra oluşan fibrozise bağlı gelişir.
- l.Edinsel hipospadias: Penisin ventral yaralanması sonucu gelişebilir.
- Psikolojik bozukluklar: Özellikle 3-6 yaş arası ve/veya uygun olmayan koşullarda yapılan sünnetlerden sonra sıklıkla oluşur.

6.ÖNGÖRÜLEMEYEN ACİL DURUMLARDA ÖNERİLEN TEDAVİNİN DIŞINA ÇIKILABİLECEĞİ:

Yukarıda bahsedilen karmaşaların gelişmesi durumunda cerrahi düzeltme aynı veya farklı seans içerisinde yapılabilir.

7.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Ameliyat sonrasında genel hijyen kurallarına dikkat edilmesi gereklidir. 3. Gün sargının açılması gerekmektedir .Ameliyattan sonra 1-2 gün yatak istirahatı.

8.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 20 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

9.EK AÇIKLAMALAR:

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırmalarda yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Hastayı bilgilendiren doktoru olarak;

Hastanın durumu

Tedavi ihtiyacı

Ameliyat ve riskleri

Alternatif tedavi seçenekleri ve bunların riskleri ve bu risklerin oluşması durumunda muhtemel çekinceler

Hastanın kendisine ait belirgin riskler ve problemler tarafımdan hastaya açıklandı.

Hastanın kendisine veya hakkında karar veren kişiye yukarıdaki maddelerden herhangi biri hakkında veya diğer çekinceleri hakkında sorular sorma imkanını tanıyarak mümkün olduğu kadar tamamını cevapladım. Hastanın kendisinin veya hakkında karar veren kişinin yukarıdaki bilgileri anladığı kanaatindeyim.

10.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

11.HASTANINİŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANILABİLECEK SORUNLAR

12. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

13.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

14 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. **(Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)**