Adı ve Soyadı:
T.C. Numarası:
Kayıt (protokol) numarası:
Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi:
Telefon numarası:
Başvuru tarihi/Saat:
Hastalığın tanısı/ön tanısı:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

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

Ad-Soyad ve Telefon Numaraları
1- . . . . . .
. . .
2- . . . . . .
. . .

SORUMLU HEKİMİN
Adı-Soyadı: .. . . . .
Uzmanlık alanı: . . . . . .

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

Bize başvurmanıza neden olan şikayetleriniz, muayene ve laboratuvar tetkikleriniz ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda size/hastanıza **"Rahim Kanseri Ameliyatı"** uygulama gerekliliği doğmuştur.

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. Bu belge, tedavi hakkındaki genel bilgileri, tedaviye rıza gösterdiğinizi veya göstermediğinizi yahut da verdiğiniz rızayı geri çekmeyi tanımlayan 4 (dört) bölümden oluşmaktadır.

Size önerdiğimiz bu tedavi şeklini ***kabul etmemeniz*** durumunda bu belgenin ***üçüncü bölümünü*** mutlaka doldurmanız gereklidir. 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. Tedavi ile ilgili verdiğiniz ***onamı geri çekmeniz*** durumunda bu belgenin ***dördüncü bölümünü*** mutlaka doldurmanız gereklidir. 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.

BİRİNCİ BÖLÜM:HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

İşlemin kim tarafından yapılacağı: İşlem sizi operasyona hazırlayan doktorlar tarafından yapılacaktır.
İşlemden beklenen faydalar: Rahimin geniş çıkarılması ameliyatı (radikal histerektomi)ve karın içi lenf bezlerinin alınması (Pelvik-paraaortik lenfadenektomi) ameliyatları rahim ağzı ve rahim içi kanserlerinde karından yapılan ameliyatlardır. Yumurtalık kanserleri ameliyatlarında rahim ve yumurtalıkların alınmasına ek olarak kanserli dokuların vücuttan temizlenmesi için karın içi lenf bezlerinin alınması (Pelvik-paraaortik lenfadenektomi), karın içi organlarını örten yağlı gözeli dokunun çıkartılması (omentektomi), appendektomi ve hastalığın yayıldığı diğer organların (kalın bağırsak, dalak, diafragmanın bir kısmı ve pankreasın bir kısmı) ameliyatları da gerekli durumlarda yapılmaktadır. Rahimin geniş çıkartılması (radikal histerektomi) ameliyatında rahimi leğen kemiği içinde tutan asıcı ve tutucu bağlar geniş olarak kesilir ve bağlanır. Rahimi besleyen damarlar bağlanır.) idrar kesesi rahim ve hazne ön duvarından ayrılarak rahim ve haznenin bir kısmı çıkartılır. Ana damarlar çevresindeki lenf bezleri temizlenir.
Bana önerilen girişimler:
• Rahimin Genişçe Çıkarılması (Radikal Histerektomi)
• Rahim Alınması Ameliyatı
• İki Taraflı Yumurtalık ve Tüplerin İki Taraflı Çıkarılması Bilateral Salpingoooferektomi)
• Karın İçi Organlarını Örten Yağlı Gözeli Örtünün Çıkarılması (Omentektomi)
• Karın İçi Lenf Bezlerinin Çıkarılması (Pelvik-Paraaortik Lenf Bezi Diseksiyonu)
• Apendiksin Çıkarılması
• Hastalığın Yayıldığı Diğer Batın İçi Organların Tamamını Ya Da Bir Kısmının Çıkarılması (Sigmoid Kolon, Diafragma, Dalak, Pankreas)

İşlemİn uygulanmamasi durumunda karşilaşilabİlecek sonuçlar:
• Hastalığın karın içinde ilerlemesi
• Rahim ağzı kanserlerinde idrar yollarının tıkanması ve böbreklerde işlev kaybı
• Akciğer/Karaciğer gibi uzak organlara hastalığın yayılması ve yaşamsal tehlike oluşması
İşlemİn alternatİflerİ:
• Tedavisiz takip
• İlaç tedavisi (kemoterapi)
• Işın tedavisi (radyoterapi)
• İlaç (kemoterapi) ve ısın (radyoterapi) tedavilerinin birlikte kullanımı
İşlemin riskleri ve komplikasyonları: Tedavisiz durumumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerintümüne özgüolanenfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kanpıhtısı oluşumu, kanama, alerjikreaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerinde bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Jinekolojik onkoloji ameliyatları önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezaryen ameliyatı gibi) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, seker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenler daha fazla risk altındadırlar. Ayrıca kanser hastalığı nedeniyle genel durumu bozuk ve yaslı hastalar için cerrahi girişimlerin riski daha yüksektir.
Yukarıda belirtilen riskler dışında jinekolojik onkolojik cerrahi girişimler için özel olan riskler su şekilde sıralanabilir:
• Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihabi (enfeksiyon) gelişebilir
• İdrar torbası (mesane)
• Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski, İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak bağırsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi)
• Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması
• Cinsel işlev bozukluğu
• Vajen tepesinde ameliyat sonrası sarkmanın ortaya çıkması
• Ameliyattan sonra önceden var olmayan idrar kaçırma yakınmasının ortaya çıkması ya da var olan yakınmada artış • Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması
• Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı
• Lenf bezlerinin temizlenmesi durumunda bacaklarda sislik (ödem) veya karın içinde kist oluşumu
• Hastalıklı dokuları çıkartmak ya da azaltmak için yapılan bu ameliyata rağmen mevcut hastalığın süresi net belli olmayan bir dönem içinde tekrar etmesi ve yayılabilmesi ve akciğer/karaciğer gibi uzak organlarda hastalığın ortaya çıkması
• Mevcut hastalığımın kesi katlarından bir yere adeta ekilmesi ile kesi yerlerinde hastalığın oluşumu
Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fıtık gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.
Anestezi: Size uygulanacak olan anestezi yöntemi ile ilgili Anestezi ve Reanimasyon hekimi tarafından ayrıca bilgilendirme yapılacaktır.
Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.
eğİtİme katkiya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerinve/veya teknik personelinişleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.
kullanilacak İlaçlarin önemlİ özellİklerİ: Hastanede yattığınız süre içerisinde gerekli durumlarda size antibiyotik, ağrı kesici, mide barsak koruyucu, kan sulandırıcı, ilaçlar uygulanabilir.
hastanin sağliği İçİn krİtİk olan yaşam tarzi önerİlerİ: Hasta taburcu edildikten sonra 10 gün sonra poliklinik kontrolüne gelmesi önerilir. Kan sulandırıcı taburculuktan 30 gün sonraya kadar devam edilmesi varis çorabı ve korsenin kullanılması önerilir.
Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği: İlimiz genelinde 7/24 acil kadın doğum hizmeti verilmektedir.

İşlemin tahminİ süresi: 4-5 saattir.

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.

İKİNCİ BÖLÜM: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.
BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİ YÖNTEMİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız) . . . . . .

Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı: . . . . . .

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

Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:

Hasta Adı Soyadı: . . . . . İmza:. . . . . .Tarih/Saat:. . . . . .

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi: . . . . . Telefon no: . . . . . .

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

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi: . . . . . .Telefon no: . . . . . .

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

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi: . . . . . .Telefon no: . . . . . .

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

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı: . . . . . .

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

TERCÜMAN/ŞAHİT (Kurumda bir görevli şarttır.)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)

Adı ve Soyadı: . . . . . Tarih/Saat:. . . . . İmza: . . . . . .

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETME

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DE BELİRTİLEN TEDAYİ REDDETME VEYA SONLANDIRMA HAKLARIMIN OLDUĞU BANA ANLATILDI. SONLANDIRDIĞIMDA DOĞABİLECEK SONUÇLAR VE SORUMLULUKLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİM.SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLERİN VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK; BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız). . . . . .
. . . .
. . . .
. . . . . .
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı: . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı:..... İmza:.....
Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı: . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. . .
Adresi: . . . . . .
. . . . . Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . İmza: . . . . . .
.
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . .
Adresi: . . . . . .
. . . . . Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . İmza: . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
. . . . . Telefon no: . . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı: . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (Kurumda bir görevli şarttır.)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı: . . . . . .
. . . . . .

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

BU FORMDA TANIMLANMIŞ OLAN TEDAVİ İÇİN . . . . . /. . . ./ . . . . . TARİHİNDE VERMİŞ OLDUĞUM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı: . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
.
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı:. . . . . .
İmza:..... Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı: . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. ..
Adresi: . . . . . .
. . . . . .
Telefon no: . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. . . . . .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
. . . . .
Telefon no: . . . . . .
.
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı: . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi: . . . . . .
. . . . . .
Telefon no: . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. . . . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı: . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat: . . . . . İmza: . . . . . .
. . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (Kurumda bir görevli şarttır.)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı: . . . . . .

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