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 uygulanmasa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. .....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Rahminizin içinde, son adet tarihine göre 10 haftadan daha küçük bir gebelik mahsulü bulunmaktadır.

Elektif kürtaj girişimi rahim ağzı genişletildikten sonra rahim içeriğinin plastik veya metal kanüllerle negatif basınçla aspire edilmesi ve/veya rahim içi boşluğunun küret adı verilen keskin aletlerle temizlenmesidir. Bu girişimde lokal ya da genel anestezi kullanılır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

...

5.*HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:*

Operasyon öncesi, genel anestezi sırasında aletle solunum desteği ihtiyacı olduğundan operasyon öncesi 6 saat süre içinde ağızdan hiçbir şey almamış olmam gerektiğini anladım. Bu durumun, operasyon sırasında midemde bulunan gıdaları kusarak nefes yoluma kaçmasına neden olabileceğini ve bunun benim akciğer solunum fonksiyonlarımı aniden bozabileceğini bunun benim ölümüm ile sonuçlanabileceğini veya yoğun bakımda alet desteği ile solumamı gerektirebileceğini, akciğerlerimde bir enfeksiyona neden olabileceğini biliyorum ve tüm bu riskleri eğer acil bir operasyon gerçekleşirse ve ben son 6 saat ağızdan beslenmiş isem göze alıyorum. Üzerimdeki tüm takı, mücevherat, takma diş gibi aksesuarları yakınlarıma teslim ettim.

Görmekte olduğum tüm ilaç tedavileri, yapılan tetkikler, saptanan bulguların hepsini, kan grubumu (belgeleriyle) operasyonumu yapacak olan sorumlu doktoruma bildirdim.

İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Benim için planlanan bu cerrahi işlemle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Burada söz konusu edilen risklerden bazısı veya bazdan oldukça enderdir. Ayrıca burada belirtilen cerrahi girişim riskleri özellikle şişman, daha önce karnı ameliyatı geçirmiş ya da mevcut bir hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı) ve sigara içenlerde daha yüksektir. Elektif gebelik terminasyonu girişimine özgü riskler aşağıda sıralanmıştır

-Rahim ağzının zedelenmesi, yırtılması, gerekirse rahmin alınması riski

-Rahmin delinmesi, çevre organların (bağırsaklar, mesane, büyük damarlar gibi) hasar görmesi, cerrahi düzeltilmesi zorunluluğu

-Kanama ya da rahmin yırtılması sonucu rahmin alınması

-Rahim ağzının genişletilememesi ve işlemin yapılamaması

-Rahim ağzındaki genişletilmeye bağlı rahim ağzında hasar ve sonraki gebeliklerde erken dönemde düşük riskinin ortaya çıkması. Yukarıda mevcut durumlardan biri veya birkaçı nedeniyle işlemin açık ameliyata (laparotomi) dönme ve zarar görmüş organların tamir veya çıkarılması riski bulunmaktadır. Rahim içinde yapışıklık oluşması ya da önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi söz konusu olabilir. Bu müdahale sonrası adet kanaması düzensizliği yaşanabilir, adet kanamaları azalabilir veya adet kanamaları tamamen durabilir. Bu girişim sonrası infertilité (çocuk sahibi olmakta güçlük)

sorunu ortaya çıkabilir. Yapılan kürtaj sonucunda gebelik ürünlerinin hepsi temizlenemeyebilir ve bu nedenle birkaç kez daha rahim içinde girişim yapılması gerekebilir. Bu arda kalan parçalar aşırı kanama ve enfeksiyona neden olabilir ve bu enfeksiyon vücutta bir çok organa zarar verebilir. Yapılan kürtaj sonucu dışarı çıkan materyalin bir gebelik olduğu patolojik inceleme sonucunda doğrulanabilir; gebelik içermediği sonucu gelebilir ki bu durumda bazı kan tahlilleri ve incelemelerle dış gebelik olasılığı araştırılması gerekecektir; mol gebeliği olduğu bildirilebilir ki bu durum ölümcül bir tümör olduğu için kemoterapi tedavisi gerekli olabilir. Uyutma veya uyuşturulmada kullanılan ilaçlara veya ameliyatta kullanılacak ilaçlara karşı beklenmeyen cevaplar (reaksiyonlar) gelişebilir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri: (Alerji, kanama, yara iyileşmesinde gecikme, kullanılan ilaçlar vs.)

.....

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

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

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Bu girişim sonrasında genel anestezi almış olduğum için ilk 2 saat boyunca ağızdan hiçbir şeye almamam gerektiğini, eğer operasyon sonrası ilk 24 saat içinde evime gidersem yalnız başıma gitmemem gerektiğini, otomobil kullanmak gibi dikkat gerektiren aktiviteler yapmamam gerektiğini anlıyorum. Girişim sonrasında ilk 1-2 hafta kanamam olabileceğini ve eğer düzenli adet görüyorsam ilk 3 ayda adet düzensizliğimin olabileceğini anlıyor ve bu durumlarda doktorumu derhal bilgilendirmeyi taahhüt ediyorum.

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. 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:

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

12 .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)