Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bu rıza belgesi size /hastanıza anlatılan işlemin "nasıl", "neden" gerçekleştirilmek istendiğinin, bu işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği, işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği, bu işlemin alternatifinin olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: OP.DR: .....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Testis torsiyonu acil bir durumdur ve acil olarak opere edilmesi gerekmektedir. Eğer acil olarak hasta ameliyat olmaz ise testis kanlanması tamamaen kaybolur ve atrofi gelişir. Testis alınması durumunda diğer testis normal olması halinde normal hormonal denge ve üreme için gerekli işlevleri yerine getirecektir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Testis torsiyonu acil bir durumdur ve acil olarak opere edilmesi gerekmektedir. Eğer acil olarak hasta ameliyat olmaz ise testis kanlanması tamamaen kaybolur ve atrofi gelişir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: İşlemin alternatifi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

1-Operasyondan sonra aynı taraf skrotumda belirgin ödem gelişebilir (%3-7) .

2-Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarık veya ağrılı olabilir.

3-Özellikle şişman hastalarda, kısmen veya tamamen yara yeri açılması gelişebilir.

4-Yara yeri enfeksiyonu gelişebilir ve antibiyotik ile tedavi edilmesi gerekir. Nadiren ek cerrahi ihtiyacı gerekebilir (%3-5) .

5-Kilosu fazla kişilerde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır (%0,3-1) .

6-Sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır

7- Testisin dönmesine bağlı kanlanma operasyon sırasında da normale dönmez ise aynı testis çıkarılır. Eğer diğer testiste de başka bir patoloji mevcutsa veya ilerde gelişirse hastada kısırlık ve cinsel problemler gelişebilir.

8- Bu ameliyat acil şartlarda yapıldığından hastanın yakın zamanda oral beslenmesine bağlı normal şartlarda gelişebilecek komplikasyonlardan daha fazla komplikasyon gelişme olasılığı mevcuttur.

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

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

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURURMUNDA YAŞANILABİLECEK SORUNLAR:

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)