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
Bu prosedür sıklıkla prolapsi-vajinadan sıklıkla zorlayarak sarkan yumuşak parça- olan kadınlarda uygulanır. Bazen parça sürekli sarkabilir. Prolaps mesaneyi, rektumu, vajenin üst kısmını veya tüm parçalarını içerebilir. Bazen eğer uterus vajenin üst kısmını yeniden oynatırsa (çatısını), pelviksteki bir ligamente (bir kas tipi) tutturulmasına ihtiyaç duyulabilir: sakrospinöz ligament. Bu operasyona sakrospinöz süspansiyon (veya kolpopeksi) deniz ve vajenin üst kısmını sarkmaktan korur. Bazen prolaps idrar kaçırma ile ilgili olabilir ve üretanın (mesaneden dışa uzanan tüp) altına trans obturatuar bant olarak bilinen bir bant yerleştirmek gerekebilir veya mesane boynu süspansiyonu (aynı zamanda Burch operasyonu veya kolposüspansiyon olarak bilinen) uygulamak gerekir.
o İşlemden beklenen faydalar:
Hastanın mevcut şikayetlerinin düzelmesi, yaşam kalitesinin artması.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Bu cerrahinin nedenine bağlıdır. Eğer sarkma söz konusu ise uterus vajene sarkacak ve ağrı ve rahatsızlığa yol açabilecek ülserler gelişebilecektir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Egzersiz(Kegel), yaşam tarzında değişiklik, diyet ve kilo verme problemin tedavisini destekleyebilir
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
a-) Büyük damarlardan kanamalar. Kan transfüzyonu gerekebilir.
b-) Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon
c-) Üreter (böbreklerden mesaneye uzanan tüp) mesane ya da barsaklarda yaralanma
d-) Operasyon sonrası idrar yapmada güçlük olabilir ve mesaneye kateter yerleştirilebilir. Sizden idrar yapana dek kendi kataterinizi yerleştirmeniz istenebilir.
e-) Operasyon sonrası stres inkotinans. Stres inkotinans öksürme, hapşırma gibi abdominal gerginliği arttıran durumlarda idrar kaçırmayla karakterize sık bir durumdur. Verrahi öncesi mesanenin bilinmeyen zayıflığı operasyon sonrasında bu problemin ortaya çıkmasına yol açabilir.
f-) Vajen mesane arasında bağlantı (fistül) oluşabilir.
g-) Vajenden dışkı gelmesine yol açabilecek rektum ve vajen arasında bağlantı oluşabilir (rekto-vajinal fistül)
h-) Mesane ve barsak alışkanlıklarında değişiklikler.
i-) Cinsel ilişki sırasında ağrı.
j-) Belirli bir süre sonra orijinal yakınmanın tekrarlanması (sarkma)
k-) Vajenin daralması ve kısalması
l-) Şişman kişilerde yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, kalp, akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır.
m-) Sigara içenlerde yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, kalp, akciğer komplikasyonları ve tromboz riski artmıştır.
o İşlemin tahmini süresi: 1-2 saat *(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 :

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

Ameliyat sonrası bazı anlar kendinizi yorgun hissedebilirsiniz. Normal aktivitelerinize zamanla ve kendinizi iyi hissettiğinizde dönmelisiniz. Bu süre 6 hafta ile 6 ay arasında değişmektedir. İlk 2 - 4 hafta araba kullanmamalısınız. Ameliyat sonrası en az 6 hafta ağır kilolar (2 - 3 kilo) kaldırmayınız. Bu içerdeki iyileşmeye olanak tanır. Ameliyatten 6 hafta sonra cinsel ilişkide bulunabilirsiniz.

Eğer bunlar varsa doktorunuza söyleyin

- Vajenden fazla miktarda kanlı akıntı
- Ateş ve titreme
- Ağrı kesicilerle geçmeyen ağrı
- Karında şişlik
- Vajende sızıntı

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.)