Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğimiz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğinizle kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve işlem: Anormal rahim ağzı Pap smear taraması tanısıyla;

Bana **kolposkopi** önerilmiştir.

1. İşlemin yapısı ve yapılış biçimi tam olarak anlatılmıştır. İşlemin potansiyel yarar ve riskleri, yapılmadığı takdirde olabilecekler ve alternatifleri bana açıklanmıştır.

2. Özetle;

a. Kolposkopi; rahim ağzının gözlenmesi ve gerekiyorsa en uygun yerlerinden biyopsi (parça) almak için büyütme altında incelenmesidir. Büyütmeyle jinekolog; anormal hücrelerin yaptığı değişikliklerin alanlarını görebilir. Bu alanlardan gerekliyse biyopsi alabilir.

b. Kolposkopi genellikle bazı özel anormal smear sonuçlarının tanı ve takibinde kullanılır.

c. Rahim ağzından biyopsi alınan yerden kanama, iltihaplanma ve yeterli doku alınamayabileceği ve bu nedenle anormal durumun tesbit

edilemeyebileceği anlatıldı ve anladım.

İşlem alternatifleri: Aşağıdaki seçenekler ve olası sonuçları benimle tartışıldı.

1. Tedavisiz takip,

2. HPV DNA testi (Yüksek dereceli anormal smear sonuçları

başlangıç değerlendirmesinde gereksizdir)

Tedavi kabul edilmezse karşılaşacak sonuçlar: Benim için uygun görülen kolposkopi ve gerekirse biyopsi alınması yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı. **Hastalığın ilerlemesi** veya **rahim ağzı kanseri gelişebileceği** anlatıldı.

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Bunlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalma, uygulanan uyuşturucu maddeye bağlı allerjik reaksiyonlar, parça alınan bölgenin altındaki ve yanındaki doku ve organlarda hasar ve yara yerinde ağrıyı içerir.

İşlemden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Bu işlemi yaptırmayı reddedebilirsiniz. İşlemin yapılması isteğe

bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir.

Hastanın beyanı:

Doktorum tarafından yapılacağı belirtilen bu işlem ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. İşlemin yapılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. İşlemi kabul ediyorum.

K U LLA N I LA CA K İ LA Ç LAR I Ö NEMLİ Ö ZELLİ K LER İ : 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.

SA ĞLI ĞI N I Z İ Ç İ N K R İ Tİ K O LA N YA ŞA M TA R ZI Ö N ERİ LERİ : Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

GER EK Tİ Ğİ N D E A YN I K O N UD A TI BBİ YA R D I MA N A SI L U LAŞI LA

BİLECEĞİ : Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu

tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

Ulaşabileceğiniz telefon numarası : ..... / .....

Hasta ya da Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi:

Adı Soyadı: .....
.....
....

İmzası:

.....
.....

Tanık:

.....

.....

.....

..... Hastaya Yakınlığı:

.....

.....

..... Adı Soyadı:

.....

.....

.....

..... İmzası:

.....

.....

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tedavi Eden Hekim:

Adı Soyadı:

.....

…… ……
……

İmzası:

……
……

Tarih:

…… …… Saat:

…… ……