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

Dış gebelik normalde rahim içine yerleşmesi gereken gebeliğin Fallop tüplerinde, nadiren rahim ağzı ve yumurtalıklara yerleşmesi olayıdır. Tüpte yerleşen gebelik ürünü bir süre sonra bu bölgenin hasarlanmasına ve ciddi karın içine kanamaya yol açabilir. Tanıda gebelik hormonu olan beta-HCG ve ultrasonografi yol göstericidir. Dış gebelik ameliyatı karından kesi (laparotomi) ve kapalı yöntem (laparoskopi) cerrahi yöntemleri ile yapılabilir.

Tanısal/girişimsel (diagnostik/operatif) laparoskopi (kapalı yöntem), rahmin, tüplerin, yumurtalıkların ve gerekli görüldüğü durumlarda karın içi orgaların değerlendirildiği ve cerrahi girişim yapılabildiği bir ameliyat yöntemidir. Genel anestezi altında göbek deliğinden, karın kabondioksid gazı ile doldurulduktan sonra her iki leğen kemiğinin yanlarından ve gerekirse bunları birleştiren çizginin tam ortasından toplam 2 ya da 4 adet delik açılır. Laparoskopik olarak rahim, yumurtalıklar ve tüplerin anatomik yapıları değerlendirilir. Tüplerin açık olup olmadığı hazneden verilen bir boya ile değerlendirilebilinir.

Dış gebelik saptanan tüp alınabilir (salpinjektomi) veya kesilip boşaltılabilir (salpingostomi). Tüp sağılarak (milking) atılması sağlanabilir.

o İşlemden beklenen faydalar:

Dış gebelik sonlanır-HCG düşmeye başlar. Karın içi kanama riski ortadan kalkar.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Dış gebelik büyüyerek bulunduğu organın hasarlanmasına ve karın içine hayatı tehdit eden ciddi kanamaya sebep olabilir.

o Varsa işlemin alternatifler:

• Kan hormon (beta-HCG) değerleri ölçümü ile takip bu seçenek sadece stabil hastalara uygulanabilir. Kitlenin küçük olduğu B-HCG değerinin çok yüksek olmadığı hastalara alternatif tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

• İlaç kullanımı (metotreksat) kullanımı sonrası en az 6 ay gebelik istenmez.

• Rahim ağzına yerleşmiş dış gebelik için küretaj ve angiografik olarak damarların embolizasyonu gerçekleştirilebilir.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

•Bağırsak, mesane, büyük damar, mide yaralanması

•Karın boşluğu içerisine girilememesi

•Rahimin delinmesi

•Laparoskopi sırasında karına girilirken büyük damarlarda hasar ortaya çıkması ve karın açılarak acil cerrahi girişim yapılması gerekliliği

•Yukarıda mevcut durumlardan biri veya birkaçı nedeniyle işlemin açık ameliyata (laparatomi) dönülebilir. Zarar görmüş organların tamir veya çıkarılması amacıyla o sırada veya daha sonra bir ameliyat yapılması gerekebilir.

•Karın cildinde morluk ve ameliyat sonrası omuzda ağrı ortaya çıkabilir.

•Bulantı, kusma, ağrı, kanama, kötü yara iyileşmesi, fıtık (herni), yapışıklık oluşması veya önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi söz konusu olabilir.

• Alt karın içi bölgesinden (pelvis) bacaklara uzanan sinirler zedelenebilir.

•Önerilen bu ameliyatın istenmeyen olası etkilerinin tamamını listelemek mümkün değildir. Ameliyatın yapılması ile durumunuz aydınlatılamayabilir hatta ender bazı durumlarda daha kötüleşebilir. Eş zamanlı yapılacak bazı ek cerrahi girişimler riski artırabilir.

•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 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. Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir.

•Yumurtalık hastalıkları cerrahi girişimleri özellikle daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezaryen ameliyatı) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker 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.

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.

Sigara içilmemesi, doktorun önerdiği ilaçların düzenli kullanılması ve doktor önerisi dışında ilaç kullanılmaması, uzun süre hareketsiz kalınmaması, bol sıvı tüketilmesi, cinsel ilişkiden kaçınılması önemlidir. HCg düzeyi kan testleri ile takip edilecektir. İşlem sonrası kendisini iyi hissetmemesi veya acil bir durum olması durumunda derhal acil servise başvurulması önerilir.

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.)