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.

HASTALIĞIN /İŞLEMİNTANIMI: Testislerin etrafında sıvı birikmesi ve kordon

kisti ameliyatları, testis etrafında ya da kordon etrafında yer alan kistik yapının çıkartılarak karın boşluğundan kasık kanalına doğru uzanan karın içi zarının uzantısının bağlanıp fazlasının kesilmesidir. Bu ameliyat süresince çocuğunuz genel anestezi altında uyuyacaktır. Bebek anne karnında iken yumurtaların keseye inişi esnasında beraberinde inen karın zarının doğumdan sonra kapanması gerekir. Bu kanalın kapanmaması ve içinden karın sıvısının geçmesi durumunda testis etrafında su toplaması, zamansız kapanıp kordon boyunca sıvı birikmesinde ise kordon kisti meydana gelmektedir

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: .....tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Bu ameliyatın yapılmaz ise çocuğun ilerleyen dönemde testislerin kan dolaşımının bozularak normalden küçük kalması ve fonksiyon kaybına uğraması söz konusu olmaktadır

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

GENEL RİSKLER:

a. Akciğerlerde küçük alanlarda sönme oluşabilir, bunlar Akciğer enfeksiyonu riskini arttırabilir. Bu durum antibiotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
b. Kesi yerinde ve karın içinde enfeksiyon oluşabilir.
c. Kesi yerinde kanama ve buna bağlı şişlik oluşabilir.

BU AMELİYATIN RİSKLERİ:

1. **Erkeklerde sperm taşıyan kanalın zedelenmesi**: Fıtık kesesi kordonla çok yakın ilişki içinde olduğu ve bundan ayrılması gerektiği için çok nadir de olsa olabilir.
2. **Erkeklerde testisin yukarıda kalması:** Ameliyat esnasında kordon ve eklerinin bağlanması sonucu olabilir.
3. **Ameliyat sonrası oluşabilecek skar:** Bu ameliyatta genellikle kasık kanalında cilt çizgilerine paralel bir kesi kullanılır. Ancak doktorunuz daha farklı bir kesi yapma ihtiyacı duyabilir. Yara genellikle çizgi şeklinde bir iz bırakarak ancak tamamen iyileşir. Bazen bu iz beklenenden daha büyük, kızarık ve ağrılı olabilir. Nadiren yara yerinde cilt altı enfeksiyonu gelişebilir (%3- 4,) bu durumda iyileşme gecikebilir, daha büyük bir iz kalabilir ve antibiyotik tedavisi gerektirebilir. Tam iyileşmenin yaklaşık 6 ay gibi bir zaman sürmesi muhtemeldir
4. **Hidroselin tekrarlaması:** Özellikle enfeksiyon varlığında ya da kesenin kısmi çıkartıldığı durumlarda tekrar testis etrafında sıvı birikmesi mümkün olmaktadır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ameliyatın süresi normal şartlarda 30- 40 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir. Ameliyattan sonra 4-5 gün banyo yapmamanız ve belli süre ağır fizik egzersiz yapmamanız önerilir.

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

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

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)