Hasta Barkodu:

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalar

konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi

bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz, sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dökümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Hastalığınıza tedavisi için **EPİDİDİM KİSTİ EKSİZYONU** ameliyatı yapılması gerekmektedir. **EPİDİDİM**

KİSTİ EKSİZYONU ameliyatı skrotuma (testisleri içinde bulunduran torba) yapılacak bir kesi ile testis torbası içerisindeki sıvı kesesinin çıkarılmasıdır. İşlemin tahmini süresi 30 dakikadır.

Bu ameliyat anestezi verilerek uygulanacağı için “Anestezi Öncesi Hasta Bilgilendirme Formu ve Anestezi

Uygulanacak Hasta Onam Formu” ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

İşleme ait olası riskler:

■ Ameliyat sonrası hastalık tekrarlayabilir.

■ Ameliyat sonrasında testislerin çevresinde yavaşça kendiliğinden kaybolan veya cerrahi müdahale gerektirebilecek kan birikimi oluşabilir.

■ Testiste veya ameliyat yarası hatında ek tedavi gerektirebilecek enfeksiyon oluşabilir.

■ Ameliyat sonrası dönemde çok nadiren skar dokusu epididime zarar vererek hastanın çocuk sahibi olma yeteneğinin normale göre daha az olmasına neden olabilir.

Ameliyattan Önceki İlaçlarınız:

Ameliyattan önce kullandığınız doktor reçeteli ilaçlarınız veya bitkisel ilaçlarınızın doktorunuz tarafından

bilinmesi ve değerlendirilmesi özellikle kanı sulandırıcı ilaçlar kullananlarda artmış bir kanama riskinin belirlenmesi için çok önemlidir. Bu ilaçlar ameliyattan 2 hafta önce bırakılmalıdır. Eğer son iki hafta içerisinde bu ilaçlar alınmışsa, kanama riskinden kaçınmak için ameliyatın ertelenmesi gerekebilir.

Ameliyat Sonrası İyileşme:

Ameliyattan sonra vücudunuz anestetik maddeden tamamen arınıncaya kadar görevli kişiler tarafından yakından

takip edileceksiniz. Sonra eve gidinceye kadar kalacağınız üroloji servisine alınacaksınız. Başağrısı, bulantı, kusma gibi ağrı duymamanız için verilen ilaçlardan kaynaklanan yan etkiler olursa görevli kişilere bilgi vermelisiniz. Herhangi bir sorun yaşanmazsa hastanede kalmanıza gerek olmayabilir.

Ağrı:

Ameliyat yerinde ağrı olması doğaldır. Ağrınız olduğu veya şiddetlendiği zaman ağrı kesici ilaçlar ağız yoluyla verilebilir veya kas içerisine ya da damar içerisine iğne şeklinde uygulanabilir.

Beslenme:

Ameliyat sırasında ve hemen sonrasında kolunuzdaki damar yolundan verilecek serum ile beslenecek ve sıvı

alacaksınız. Doktorunuzun önerdiği andan itibaren başlangıçta ufak yudumlarla su alabilirsiniz, normal gıda alımına başlayıncaya kadar yavaş yavaş sıvı alımınızı arttırabilirsiniz.

Egzersiz:

Tam olarak iyileşmeniz yaklaşık üç haftalık bir süre alacaktır. Ameliyattan dört hafta sonra araba kullanmaya

başlayabilirsiniz. Ancak sekiz haftadan önce ağır şeyleri kaldırmayınız.

Hasta / Koruması / Vekili tarafından aşağıdakiler okunup kabul edilmiştir:

√ Doktor/sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim.

√ Hastalığımın tanı ve tedavisi ile ilgili olarak yapılacak olan **EPİDİDİM KİSTİ EKSİZYONU** ameliyatı konusunda bilgi aldım.

√ Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.

√ Bu işlemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu işlem yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

√ İşlemin maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.

√ Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

√ Bu girişim ile mevcut durumumda düzelme olmama ihtimali olduğunu biliyorum.

√ Acil ve beklenmedik durumlarda onayım olmaksızın kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum. √ Bu işlem sırasında gerekirse doktorum tarafından konsültan doktor çağrılabileceğini ve ilave girişimler uygulanabileceğini biliyorum.

√ Operasyon sırasında fotoğraf ya da video görüntülerinin alınabilmesine ve bunların kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

√ Hastalığımla ilgili klinik bulgu, tetkik, tedavi ve sonuç bilgilerinin tüm kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla, geriye veya ileriye dönük bilimsel çalışmalar için kullanılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

√ İşlemin klinikte çalışan başka bir hekim tarafından da uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Bu işlem uygulanmadığı takdirde yumurtadaki(skrotum) şişlik artabilir, buradaki sıvı iltihaplanabilir ve bu kese cilde ağızlaşabilir.

Bu bilgiler ışığında, yukarıda açıklanan EPİDİDİM KİSTİ SİZYONU işleminin şahsıma / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

Tarih: Saat:

	Adı – Soyadı	İmza
Hasta / Hasta Yakını (*) (yakınlık derecesi:)		
Tanık		
Sorumlu sağlık personeli		

*Hastanın yakını: Vesayeti altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda birinci derece kanuni mirasçılar.