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

Servikal Erezyon Nedir?

Kronik servisit veya halk arasında bilinen ismi ile rahim ağzında yara, rahim ağzı yarası (Rahimde yara, Rahim yarası)jinekolojik muayenelerde çok sık görülen bir problemdir.Tıbbi olarak servikal erozyon diye tanımlanır.Servisitin kelime anlamı rahimağzı iltihabıdır. Rahimağzında yara rahim ağzını kaplayan epitel hücrelerinin kaybolup daha kırmızı olan rahim kanalındaki endoservikal hücrelerinin dışarı transformasyon alanına doğru yayılmasıdır. Bu yayılan hücreler daha çok kanladığı için kırmızı renkte görülürler ve enfeksiyon ile kanamaya daha yatkındırlar. Bu doku değişik mikrobik sebeplerden dolayı enfekte olur ise kronik servisit yani yaraya dönüşür. Yara oluşumunun yaş ve doğum sayısı ile doğrudan bir ilişkisi yoktur. Her yaş kadında görülebilmektedir. Rahim kanalının dışa dönmesi ektropion veya eversion olarak isimlendirilmekte olup kronik servisit ile karışmaktadır. Yaranın tam sebebi bilinmemekle birlikte en sık sebep enfeksiyonlardır. Klamidya, trikomonaz, gonore gibi enfeksiyonlar tedavi edilmedikleri takdirde sıklıkla yaraya sebep olmaktadırlar.Diğer sebepler ise sık cinsel ilişki, hormonal değişiklikler ve bazı kimyasal faktörler (spermisidler, prezervatif üzerindeki kimyasallar) ve sık vajinal duştur. Cinsel ilişki sırasında penisin yarattığı yada tampon kullanımının yol açtığı travmanın risk faktörü olduğu kabul edilir. Ancak pek çok kadında altta yatan herhangi bir neden yada risk faktörü saptanamaz.

Koterizasyon (Yakma):

Yara yakma ülkemizde en yaygın kullanılan yöntemdir. Elektrokoter olarak isimlendirilen bir cihaz ve elektrik yardımı ile rahim ağzındaki yara olan kısım ışınsal olarak ısı verilerek yakılır. Yakılan kısım bir süre içinde (1-2 ay) iyileşerek yerini normal epitel yüzeye bırakır. Hasta işlem sırasında nadiren ağrı hisseder. Anestezi uygulanmasına gerek yoktur. Muayenehane şartlarında rahatlıkla uygulanabilmektedir. Özellikle doğurmamış kadınlarda rahim kanalında daralma yapabileceği için en son seçenek olmalıdır. Başarı oranı %80-90'dır.

o İşlemden beklenen faydalar:

Tüm organı kapsayacak enfeksiyonu önlemek
Sağlıklı bir yaşam sürmek

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Enfeksiyon riski

o Varsa işlemin alternatifler:;

Kriyoterapi (Yara Dondurma)
Laser tedavisi

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

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 olabileceği
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, bağ dokusu hastalığı olanlar) ve sigara içenlerde daha risklidir.
Servikal erezyona ilişkin özellikli riskler özellikle doğum yapmamış kadınlarda rahim kanalı daralmasıdır. İşlem sonrası ilk ay kanlı ve sulu berrak akıntı olması gözlenebilir.
Hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir.

o İşlemin tahmini süresi: 5-10 dakika *(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 :

İşlem sonrası bir süre ilaç kullanması, havuz –denize girilmemesi ve 1 ay kadar süre cinsel ilişki kısıtlaması gerekmektedir. Yakma işlemi sonrası ilk ay kadınlarda kanlı veya sulu berrak akıntı veya ara kanama gibi şikayetler sıklıkla görülmektedir.

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.)