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

Ürojinekolojik cerrahi girişimler hazneden (vajinal) ya da karından kesi ile ya da karına açılan delikler ve optik cihaz kullanımı ile kapalı yöntemle (laparoskopik) yapılabilir. İşlemlerin temel amacı idrar torbasının (mesane) sarkması (enterosel), hazne arka duvarının sarkması (rektosel) ve rahim alınması sonrası ortaya çıkan hazne (vajen) tepesi sarkmasının düzeltilmesidir. İdrar kaçırma üretranın (idrar torbasından dışa açılan ve idrar atılımını sağlayan kanal) orta kısmının ve idrar torbası boynunun cerrahi olarak asılması ya da üretra altına yapay/doğal bantlar yerleştirilmesi ile idrar kaçırma düzeltilmektedir. Önerilen cerrahi girişim yöntemi:

• Karından kesi ile (abdominal) rahim alınması
• Hazneden (vajinal) rahim alınması
• Kapalı yöntem (laparoskopik) rahim alınması

Önerilen cerrahi girişim:

• Sistosel tamiri
• Rektosel tamiri
• Vajen tepesi sarkması tamiri (sakrokolpopeksi) retropubik kolposüspansiyon: burch operasyonu
• marshall-marchetti-krantz operasyonu midüretral sling operasyonları:
• tension free üretropeksi
• transobturator tape klasik sling operasyonları ve diğerleri

o İşlemden beklenen faydalar:

şlemlerin temel amacı idrar torbasının (mesane) sarkması (enterosel), hazne arka duvarının sarkması (rektosel) ve rahim alınması sonrası ortaya çıkan hazne (vajen) tepesi sarkmasının düzeltilmesidir. İdrar kaçırma üretranın (idrar torbasından dışa açılan ve idrar atılımını sağlayan kanal) orta kısmının ve idrar torbası boynunun cerrahi olarak asılması ya da üretra altına yapay/doğal bantlar yerleştirilmesi ile idrar kaçırma düzeltilmektedir.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

İdrar kaçırma yakınmam, vajen tepesi sarkması, rektosel ve sistosel hastalıklarım devam eder, artabilir, bu durum benim yaşantımı bedeni ve psikolojik ve sosyal boyutta etkileyebilir.

o Varsa işlemin alternatifler:

-Tibbi ilaç tedavisi
-İşaretlenen cerrahi tedavi dışındaki diğer cerrahi tedaviler
-Fizik tedavi
-Sürekli ya da aralıklı sonda takma
-Hazneden halka şeklindeki aletler ile sarkmış rahimin yerinde tutulması veya bu yöntemlerden birkaçının birlikte kullanılması.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihap (enfeksiyon) gelişebilir
- İdrar torbası (mesane) zedelenmesi
- Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski
- İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak bağırsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi)
- Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması
- Cinsel işlev bozukluğu
- Pelvik organ sarkmasının ameliyat sonrası devam etmesi ya da bir süre sonra yeniden ortaya çıkması
- Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması
- Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı
- Girişim sonrası idrar yapamama ve buna bağlı kısa ya da uzun dönemli mesane sondası takılması Ameliyathane koşullarında üretral genişletme ve/veya sling (bant) gevşetilmesi ve/veya dikiş alınması
- Mesane bölgesi ya da bacakta uzun süreli ağrı

- Sık sık idrara gitme, ani idrar yapma hissi ile beliren idrar kaçırmanın başlaması ya da devam etmesi
- Cerrahi girişim sırasında atılan dikişlerin mesaneden geçme riski ve sistoskopi (kamera ile mesane içinin görüntülenmesi) yapılması gerekliliği
- Dikişlerin mesaneden geçmesi ve ileride mesane taşı oluşumu
- Dikişlerin makattan geçmesi ve fistül gelişmesi riski
- Makat bölgesinde (rektum), hazne tepesinde dikiş atılırken ya da dokulara arası açılırken (diseksiyon) bağırsaklarda ve makat bölgesinde (rektum) bağırsağın bir kısmının karın duvarına ağızlaştırılmasını gerektirebilecek zedelenmenin ortaya çıkması Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fıtık gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

o İşlemin tahmini süresi: 1-3 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.

Operasyon sonrası:

• Ağırlık kaldırmaması ve/veya ağırlık kaldırmayla ilişkili sporların yapılmaması,
• Vajinal doğum yapılmaması,
• Fazla kilo alınmaması 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.)