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
Konizasyon, rahim ağzı kanal dokusunun bistüri ile “koni şeklinde” cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Servikal kanalın elektrikli koter yardımı ile kesilerek çıkartılması işlemi “LEEP (LLETZ)” olarak bilinmektedir. Leep işleminde doku yakılarak çıkartıldığı için cerrahi olarak bistüri ile kesilerek yapılan konizasyona “soğuk konizasyon” adı da verilmektedir.
İşlem genel olarak ameliyathane koşullarında ve hasta genel anestezi (uyutularak) veya epidural anestezi (bölgesel anestezi) altındayken yapılmaktadır. Ameliyatta önemli olan bir nokta da alınan rahim ağzı kanalındaki anormal yapıdaki hücrelerin “cerrahi sınır içinde” kalmasıdır. Patolojik incelemede, hücresel değişimler gösteren bölgenin çıkartılan doku içinde kalması (cerrahi sınır içinde kalması) aynı zamanda tam kür (tedavi) anlamına da gelmektedir.
Bu yöntemle rahim ağzında ve rahim ağzı kanal kısmında yerleşen ve kansere dönüşme riski olan hastalıklı doku tanı ya da tedavi amacıyla çıkartılmaktadır.
o İşlemden beklenen faydalar:
Rahim ağzında kansere dönüşebilecek hastalıklı dokuların tespiti, hastalığın derecesinin belirlenmesi amacıyla yapılır. Hastalığın derecesi ve yaygınlığına bağlı olarak bazı durumlarda aynı zamanda yeterli tedavi de sağlar.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Durumunuzun ne olduğu anlaşılamayabilir ve ileride önerilen tedaviniz eksik veya yanlış planlanabilir. Böylece durumunuz daha kötüye gidebilir. Hastalığınız kansere ilerleyebilir ve çevre organlara yayılabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
• Rahim ağzının dondurulması : Patolojik örnek sağlamadığından tanı konulmasını sağlamaz
• Rahim ağzının alınması (Trakelektomi)
• Rahim alınması: Bazı durumlarda gereksiz bazı durumlarda ise yetersiz olabilir.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
• Durdurulamayan kanama sonucu rahimin veya rahim ağzının alınması
• Rahim ağzının genişletilememesi ve örnekleme işleminin yapılamaması
• Hastalıklı dokunun tam olarak çıkarılamaması
• Rahim ağzında hasar nedeniyle gebe kalınamaması veya sonraki gebeliklerde düşük ve erken doğum riskinin ortaya çıkması
• Rahim içinde yapışıklık oluşması ya da önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi
• Rahmin delinmesi, çevre organların (barsaklar, mesane, büyük damarlar gibi) hasar görmesi, cerrahi düzeltilmesi zorunluluğu
o İşlemin tahmini süresi: 30 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 :
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.
Ameliyattan sonra özel bir yaşam tarzı değişikliğine gerek yoktur.

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.)