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
Hastanıza yapılan endoskopik değerlendirmede hastanızın mesanesinde tümör olduğu düşünülen lezyon saptanmış ve mesane tümörlerinin tanı, evreleme ve tedavisinde altın standart olan transüretral rezeksiyon-mesane tümörü (TUR-MT) işlemi gerçekleştirilmiştir. Yüzeyel mesane tümörü (mukoza ve submukoza tutulumu olan) olduğu düşünülen hastanıza hastaların % 50-70'inde oluşan tümör nüksünü (tekrarlama) önlemek amacıyla mesane içine Mitomycine-C, Doxorubicine, Epirubicine, Adriamycine, Thio-thepa, Valrubicine gibi kemoterapötik ajanlardan bir tanesi lokal olarak uygulanacaktır. Bu kemoterapötik ajanlar genellikle ameliyattan hemen sonra takılan üretral kateter içinden mesane içine verilir. Eğer ameliyattan sonra kateter takılmadıysa ilacın uygulanması için üretral bir kateter takılması gerekecektir. Mesane içine kemoterapötik ajanın verilmesini takiben sondadan idrar akışı engellenerek ilacın mesane içinde 2 saat kadar kalması sağlanır. İlacın mesanenin tüm duvarlarına temasını sağlamak amacıyla hasta sırasıyla sırtüstü, sağ yan, sol yan ve yüzüstü yatırılır. Hastalarda ilaca bağlı mesanede yanma ve idrara sıkışma hissi gelişebilmektedir. Hasta tolere edebildiği kadar bunlara dayanmaya çalışmalıdır. Tedavinin bitiminde ya da hasta tolere edemediğinde sonda açılarak ilacın boşaltılması sağlanır ve idrar akışı serbest hale getirilir. Bu işlem esnasında anesteziye ihtiyaç yoktur. Kateter takılması gerekiyorsa işlemden hemen önce dış idrar kanalınıza verilecek olan kayganlaştırıcı jelin lokal anestetik etkisi mevcuttur.
o İşlemden beklenen faydalar:
Mesane tümörünün nüksünün ve ilerleyişinin önlenebilmesi.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Bu işlemin yapılmaması durumunda hastalığınızın tekrarlma riski yapılması durumuna kıyasla yaklaşık %40-50 oranında daha yüksektir. Hastalık tekrarlayabilir ve ilerleyebilir. Mesanenin kas tabakası tutulabilir ve hastalık diğer organlarınıza sıçrayarak bu organlarda yetmezliğe, ağrılara ve yaşam sürenizin kısalmasına neden olabilir
o Varsa işlemin alternatifler:
Yapılan çalışmalar kullanılan kemoterapötik ajanlar arasında nüksü önlemede etkinlik açısından fark olmadığını ortaya koymaktadır.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Sık görülebilen yan etkiler: İdrarda yanma, sık idrar yapma, acil idrar yapma hissi, acil idrar yapma hissi ile birlikte idrar tutamama.
Nadir görülebilen yan etkiler: İdrardan kan gelmesi, idrar yolu enfeksiyonu, gastrointestinal yan etkiler (bulantı-kusma),ellerde vücutta döküntüler.
Çok nadir görülebilen yan etkiler: Mesane kapasitesinde azalma ve mesane kontraksiyonu (%0.05), lökopeni, trombositopeni, sepsis.
o İşlemin tahmini süresi: 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 :

Daha önce benzer bir tedavi alındı ve yan etki görüldüyse bunlar hakkında hekime ayrıntılı bilgi verilmesi, bu tedavinin olası etkilerinin hekimle bir kez daha konuşulması gerekmektedir.
Kullanılan ilaçların toksik olmaları nedeniyle tuvalet kullanımını takiben ellerin bol sabunla yıkanması, tuvalet temizliği ve sifonun çekilmesine önem verilmesi risk gurubundakilerin korunması açısından önemlidir ve gerekmektedir. Bol sıvı almanız önerilir. Size önerilen ilaç tedavisi ve kontrol önerilerine uyunuz. Beklenmeyen bir durumda doktorunuzla irtibat kurunuz.

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.)