Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve İşlem:

Rahatsızlığınız nedeniyle size vulvar biyopsi olarak adlandırılan tanısal işlem planlanmıştır. Burada dış cinsel bölgeden (vulvadan) keskin ağızlı metal bir alet yardımıyla yuvarlak şekilli, 0,5-1 cm çapında bir veya iki örnek alınarak mikroskop altında incelenmek için patoloji bölümüne gönderilecektir. Bu işlem için lokal veya genel anestezi altında yapılır. İşlem öncesinde hangi bölgeden biyopsi alınacağının belirlenmesi için kolposkopi adlı işlem yapılabilir, burada ışıklı bir büyüteç kullanılarak ve bazı sıvılar sürülerek anormallik saptanma ihtimali olan bölgeler belirlenip örnek buralardan alınabilir. Parça alınan bölgedeki kanamayı durdurmak için işlem sonrasında o bölge koterize edilir (yakılır) veya o bölgeye dikiş atılır.

İşlem riskleri:

-Parça alınan bölgede enfeksiyon oluşabilir. Pansuman, uygun antibiyotiklerle tedavi, gerektiği durumlarda cerrahi gerekebilir.

-İşlem sonrasında parça alınan bölgeden kanama oluşabilir. Bu durumda o bölge tekrar koterize edilerek (yakılarak) kanamanın durdurulması gerekebilir. Bazı durumlarda dikiş atılması gerekebilir.

-Bazen alınan parçalar inceleme için yetersiz miktarda olabilir, bu durumda ikinci bir biyopsi alma işlemi gerekebilir.

-Ayrıca ameliyat sırasında kanayan damarları yakmak için kullanılan koter cihazında meydana gelebilecek arızalar sonucu ender olarak vücutta yanıklar meydana gelebilir.

İşleme Alternatif Tedavi seçenekleri :

- Tıbbi Tedavi

- İşlemin başka veya ileri bir merkezde yapılması

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar:

-Hastalığın devam etmesi veya ilerlemesi

İşlem sonrası yapmanız gerekenler:

Bu formu imzalamak sureti ile işlemi yaptırmayı kabul ettiğiniz takdirde işlem sonrası ilaçlarınızı önerilen biçimde düzgün kullanmanız, doktorunuzun önerilerine uymanız, doktorunuz önermişse doktorunuzun yasakladığı sürece cinsel ilişkide bulunmamanız ve işlem sonrası 7. günde, 20. günde ve 40. günde doktorunuza kontrol muayenesi için mutlaka gelmeniz sağlığınız için ve sonuçları başarılı bir ameliyat için mutlak gerekliliktir. Herhangi bir beklenmeyen durum gelişirse en kısa zamanda en yakın bir Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvurmanız gerekir.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:

Durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumların girişim esnasında açığa çıkabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Kan ürünleri:

Kan ürünlerinin verilmesi ile kanın pıhtılaşmasında bozukluklar, kalp yetmezliği, vücut ısısının normalin altına düşmesi, vücutta uyuşmalar, kasılmalar, bilinç değişiklikleri ve hayatı tehdit eden kalp ritim bozuklukları, alerjiye bağlı tansiyon düşüklüğü, nefes darlığı, hırıltılı solunum, karında kramplar, kusma, ishal, bilinç kaybı, ani akciğer hasarlanması ve solunum yetmezliği kalp ritminde bozulmalar, kalp durması ve ölüm görülebileceğini anladım. AIDS, Hepatit B, Hepatit C, Brusella, sıtma, frengi gibi ve benzeri

hastalıkların en güncel yöntemlerle kan test edilse bile kan ürünlerinin verilmesi ile bulaşmasının mümkün olabileceğini anladım. Kan verilmesinden aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebileceğini anladım. Tüm bu riskleri kabul ederek gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Patoloji sonucu:

Vücudumdan alınan doku parçaları ve/veya hücreler patoloji uzmanı tarafından girişim sonrasında incelenip raporlanacağı bana anlatıldı. Patoloji sonucunu mutlaka kendim takip edeceğimi beyan ederim. Sonucu beni takip eden hekimime veya aynı branştan başka bir uzman hekime mutlaka gösterip tanı, ileri tetkik ve tedavimi sağlayacağımı beyan ederim. Patoloji sonucunu takip etmemekten doğacak bütün sorumluluğun bana ait olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sonuç:

Bu belgede yazılanların tümünü okudum ve anladım.Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana

durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri ve tedavi uygulanmaması halinde muhtemel sonuçlar hakkında ayrıntılı ve tatmin edici bilgi verildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ve işlemle ilgili bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Bu konuda sorumlulukların bana ait olduğunun bilincinde olduğumu, hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın**,** kendi özgür irademle Vulvar biyopsi işlemini kabul ettiğimi ve işlem ile ilgili doğacak sonuçları hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımı; sonucuna katlanacağımı ve Vulvar biyopsi işlemine onay verdiğimi beyan ederim. Ayrıca bu yazılı belgenin bir örneğinin bana verildiğini beyan ederim. Ayrıca işlem sonrası kullanmam gereken ilaçların reçetesinin bana teslim edildiğini beyan ederim. Ayrıca doktor tarafından yatış esnasında ve taburculuk sonrası kullanılacak ilaçların, kullanım şekli ve süresinin, olası yan etkilerinin ve yan etki geliştiğinde ne yapmam gerektiğinin ve ilaçlarla birlikte alınması sakıncalı gıda yada diğer ilaçlar olup olmadığının anlayacağım şekilde bana anlatıldığını beyan ederim.

Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi:

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Tanık : (varsa)

Adı-soyadı :.....

İmzası :.....

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım: Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum. Hastaya yatışı esnasında ve taburculuk sonrası kullanılacak ilaçların, kullanımı, olası yan etkilerini ve yan etki geliştiğinde yapılması gerekenleri ve ilaç etkileşimlerini anlayacağı şekilde anlattığımı onaylıyorum.

Tarih :

Hekim Adı-Soyadı ve imzası :