ÇEVİRMEN İHTİYACI

Çevirmen gerekli miydi? Evet Hayır

Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? Evet Hayır

KARUNKUL EXİZYONU Ameliyatı konusunda bilgilendirilmek istemiyorum.
.....
..... Hasta Adı Soyadı Yakını Adı Soyadı
İmza İmza
Tarih-saat: ..../..../..... - ..... Tarih-saat: ..../..../..... - .....

1-Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

İşlem Op. Dr ..... tarafından yapılacaktır.

İşlem yaklaşık 30 dakika sürecektir.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz, sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dökümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Yapılacak İşlem (Hastanın kendi sözcükleriyle yazılmalıdır):

Hastalığınızın tanı ve tedavisi için karinkül eksizyonu yapılması gerekmektedir.

Karinkül eksizyonu üretra ağzındaki mukozal katlantının çıkartılmasıdır.

Doktorunuz bu konularda size bilgi verecek, sorularınızı yanıtlayacaktır.

Bu ameliyat anestezi verilerek uygulanacağı için “Anestezi Öncesi Hasta Bilgilendirme Formu ve Anestezi Uygulanacak Hasta Onam Formu” ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

İşleme ait riskler:

İşleme bağlı olarak nadiren üretra (idrarı mesaneden dışarıya taşıyan kanal) yaralanabilir. Yaralanma nedeniyle üretrada (idrarı taşıyan kanalda) oluşacak hatalı bir kanal idrar yaparken zorlanmanıza veya idrar yapamamanıza, idrarın uzun süreli sızıntı şeklinde kaçmasına ya da uzun dönemde üretrada darlık gelişmesine neden olabilir.

İşlem sırasında mesane yaralanması nadir görülen bir durumdur ve cerrahi girişim gerektirebilir. Hastalığın kesin tanısının konulabilmesi için biyopsi alınması durumunda mesane yaralanması görülebilinir.

Mesane çıkışında oluşacak ödem (dokuda su tutulması ve şişme) nedeniyle idrar yapılamazsa mesanede biriken idrarın oluşturacağı basınç artışı ağrıya yol açacaktır.

Bu sorunun giderilmesi için üretral kateter (idrar sondası) takılması gerekebilir.

Gereken önlemlerin alınmasına rağmen işlem sırasında değişik kaynaklardan gelen mikroplar kan akımına karışarak ağır enfeksiyon tablosuna (septisemi) yol açabilirler. Sorunun giderilmesi için antibiyotik tedavisi uygulanır.

Girişim sonrasında özellikle mesane biyopsisi alınmışsa üretra ya da mesaneden köken alan kanama idrar rengini boyayabilir ve bazen idrar akımını da engelleyebilir.

İşlemden sonraki birkaç gün süreyle geçici olarak idrar yaparken ağrı ve yanma hissedilebilinir.

Her türlü cerrahi müdahalede olduğu gibi bu ameliyat sırasında yada sonrasında ölüm riski vardır.

Ameliyat sonrası yakınmalarınız olması durumunda mesai saatleri içinde Üroloji polikliniğimizden diğer zamanlarda ise hastanemiz acil servisinden tıbbi yardım ve destek alabilirsiniz.

Hasta / Koruması / Vekili tarafından Tebliğ:

Doktor / sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim. Hastalığımın teşhis ve tedavisi için yapılacak olan karinkül eksizyonu ve biyopsi konusunda bilgi aldım.

Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.

Bu işlemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu işlem yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda

bilgilendirildim.

İşlemin maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.

Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

Bu girişim ile mevcut durumumda düzelme olmama ihtimali olduğunu biliyorum. Acil ve beklenmedik durumlarda onayım olmaksızın kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

Bu işlem sırasında gerekirse doktorum tarafından konsültan doktor çağrılabileceğini ve ilave girişimler uygulanabileceğini biliyorum. Operasyon sırasında fotoğraf ya da video görüntülerinin alınabilmesine ve bunların kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Hastalığımla ilgili klinik bulgu, tetkik, tedavi ve sonuç bilgilerinin tüm kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla, geriye veya ileriye dönük bilimsel çalışmalar için kullanılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum. İşlemin klinikte çalışan başka bir hekim tarafından da uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Bu bilgiler ışığında, yukarıda açıklanan karinkül eksizyonu ve biyopsi girişiminin şahsıma uygulanmasına / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

3. HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....
.....
.....

4. (Yapılacak müdahaleyi ve yapacak hekimi biliyorum, bana anlatılanları tümüyle anladım, hekimim tüm sorularıma yanıt verdi, yapılacak müdahaleden istediğim zaman vaz geçme hakkına sahip olduğumu biliyorum, bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğim ile kabul ediyorum.)

(Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır.)

.....
.....
.....

Hastanın Adı Soyadı ..... Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza İmza

Tarih – saat: .../ .../...- ..... Tarih .../ .../...- .....

Doktor adı soyadı .....

İmza

Tarih- saat : ..../..../..... - .....