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
Göbek fıtığı, karın içi organların göbek halkasından dışarıya doğru çıkmalarıyla oluşur. Normalde göbek halkası doğum sonrası en geç 4. ayda kapanır. Bu kapanmada meydana gelen bozukluklar veya kapanan halkadaki dokuların çeşitli nedenlerle zayıflaması göbek fıtığına yol açabilir. Tedavide esas amaç dikişlerle veya doku yamaları kullanılarak zayıf olan dokuların güçlendirilmesi işlemidir. Ameliyat esnasında fıtık kesesi içine giren karın içi organlarda gangren ve delinme tespit edildiğinde bu kısmın çıkarılması sonrasında barsakları birbirine dikilerek devamlılığının sağlanması veya böyle yapılamıyor ise barsağın cilde ağızlaştırılması (ostomi) sağlanabilir.
o İşlemden beklenen faydalar:
Hastanın karın duvarındaki fıtıktan organların dışarı doğru çıkması, fıtık kesesinin içine girerek boğulması ve barsakların gangrene olması gibi ölümcül olabilecek sonuçlara engel olmak. Fıtığın ortaya çıkardığı hareket etme kısıtlılığı ve günlük yaşantının gerektirdiği aktiviteleri yapamama gibi olumsuz etkileri ortadan kaldırmak. İyi bir kozmetik sonuç sağlamak.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Eğer bahsedilen bu fıtıklar zamanında tedavi edilmezse, fıtık kesesi içine giren organların sıkışmasına bağlı olarak dolaşım ve beslenme bozuklukları veya organların sıkışarak eski yerine dönmeyip şiddetli ağrılara yol açması gibi istenmeyen durumlar meydana gelebilir. Bu durumlarda fıtık kesesi içine giren organlarda fonksiyon bozuklukları, gangren ve içi boş organlarda delinmeler meydana gelebilir, bu hastalara acil şartlarda ameliyat yapılması gereklidir. Bu durumda önceden planlanarak yapılan ameliyatlara göre hayati tehlike ve başka hastalık oluşma riski çok daha fazla olmaktadır. Yine nüks fıtıklarda ameliyat daha zor ve başarı şansı daha düşüktür.
o Varsa işlemin alternatifler:
Bahsedilen fıtıkların tedavisi cerrahi olup yandaş hastalıklara, fıtığın tipine, birden fazla olmasına, büyüklüğüne ve farklı durumlara göre cerrahi tedavi seçenekleri de değişiklik göstermektedir.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

- Ameliyat bölgesinde yara izi zaman içinde küçülebilir ya da keloid oluşturacak şekilde aşırı büyüyebilir.
- Ameliyat yarasında ağrı kızarıklık veya akıntıya neden olacak enfeksiyon gelişebilir ve bu yüzden antibiyotik (mikrop kurutucu ilaç) kullanmanız gerekebilir.
- Ameliyat bölgesindeki yara ya da yamanın iltihaplanması, kan veya sıvı birikmesi (hematom-seroma) gelişebilir, bunlara ya da yara iyileşmesi tamamlanmadan erken dönemde zorlanmaya bağlı olarak fıtık tekrarlayabilir.
- Kullanılan dikiş maddeleri ve/veya yamalar iltihaplanabilir ya da vücut tarafından aşırı duyarlılık reaksiyonu ile reddedilebilir. Bu nedenle bu materyalleri vücuttan uzaklaştırmak için başka bir ameliyat ya da işlem gerekebilir.
- Ameliyat bölgesindeki sinir sıkışması ya da sinir dokusundaki zedelenmeye bağlı olarak uzun süre devam eden ağrı ya da huzursuzluk, uyuşukluk oluşabilir.
- Ameliyat bölgesini etrafında uzun süre devam eden ağrı ve bazen kalıcı olabilecek duyu azalması, karıncalanma olabilir. Ameliyat bölgesine olan komşuluğundan dolayı karın içi organlarda yaralanma riski mevcuttur. Bundan dolayı sindirim işlevinde zafiyet gelişebilir.
- Göbek bölgesindeki mide, ince veya kalın barsak, sinir ve büyük damarların yakın komşuluğundan dolayı çok düşük de olsa yaralanma riski mevcuttur. Eğer bu yapılarda yaralanma olursa aynı

ameliyatta hasarın onarılması yapılabilir ya da tıbbi gereklilik durumlarında ameliyat ikinci bir seansa bırakılabilir.

- Ameliyattan dolayı ameliyat sonrası dönemde günlük hareketleriniz, alışkanlıklarınız, zevkleriniz ve yaşantınızda kısıtlanmalar olabilir.
- Şeker hastalığınız(diabetes mellitus) yüksek tansiyonunuz, aşırı kilo veya belirgin kalp rahatsızlığınız varsa, yukarıda anlatılan risklerin diğer insanlara oranla faha yüksek olduğunu unutmayınız.

o İşlemin tahmini süresi: 2 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.
*Ameliyattan sonra karın içi basıncını artıracak şekilde ağır spor yapılması, ağır yük kaldırılması sakıncalıdır. Kronik öksürük, konstipasyon ve erkek hastalarda görülebilecek prostat büyümesine bağlı idrar yolunda darlık durumlarında ilgili kliniklere başvurması gerekmektedir.

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.)