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

İstmosel (sezaryen skar defekti), rahim ön duvarında yapılan sezaryen kesisinin tam olarak iyileşmemesi nedeniyle oluşan açılma ve tünelleşmedir. Oluşan bu cep şeklindeki boşlukta adet kanı ve rahim içerisindeki sıvı birikir. Biriken bu sıvı ve kan hastalarda istmosele bağlı şikayetlerin de nedenidir.

İstmosel aşağıdaki şikayetlere neden olur;

Adet bitiminden sonra devam eden kahverengi çamur kıvamında uzamış akıntı: İstmoselin en sık görülen bulgularından biridir. İstmosel kesesinde biriken ve beklemiş kan ve sekresyonların devam eden akıntısı sonucu oluşur.

•Adet sonrası lekelenme ve damlama şeklinde ara kanamalar

•Tekrarlayan vajinal ve rahim enfeksiyonları

•Tedaviye dirençli kötü kokulu ve koyu renkli akıntı Kasık ağrısı Kısırlık: İstmosel cebi içerisinde biriken sıvının sperm hareketlerini bozması veya oluşan embriyonun rahim içerisine yerleşmesine engel olarak kısırlığa (infertiliteye) neden olabilir.

•Sezaryen skar gebeliği: İstmosel alanına gebeliğin yerleşmesi rahimde yırtılmaya ve anne hayatını tehdit eden kanamalara neden olabilir.

Ameliyat 2 şekilde planlanabilir, eğer bu poş ya da cep küçük ise rahim içerisine optik ile girilerek bozuk duvar bulunur ve traşlanarak bu doku tahrip edilir. Buna histeroskopik istmosel onarımı adı verilir. Ancak bu cep büyük ve cep ile mesane arasında kalan rahim duvarı kalınlığı istenilen düzeyde değil ise, bu sefer açık veya kapalı (laparoskopik) onarım tercih edilir.Bu ameliyatda yapılan, mesane dokusunun altında kalan cep bulunur ve kesilir. Kalan defekt sıkıca onarılır.

o İşlemden beklenen faydalar:

•Sezaryen sonrası sürekli kahverengi lekelenme veya adet bitiminde damlama şeklinde ara kanamalar geçer

•Yeni gebelik oluşmasına sağlar

•Tekrarlayan vajinal ve rahim enfeksiyonları önlenir.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

•Plasenta akreata (plasenta rahminizin duvarına çok derinden yapışır).

•Plasenta previa (plasenta rahim ağzınızı kaplar).

•Skar gebeliği (embroyonun bir uterin skar içine yerleştiği ektopik gebelik).

•Kısırlık (önceki başarılı bir hamilelikten sonra kısırlık).

•Rahim açılması (Rahimde yırtılma).

o Varsa işlemin alternatifler:

•Laparoskopik (kapalı) ameliyat ile istmosel kesesinin çıkartılması ve rahim dokusunun tekrar onarılması.

•Histeroskopi yöntemi ile tedavi

•Açık Onarım

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

• Genel anesteziye bağlı riskler

• Servikal enfeksiyon

• Kanama ve/veya rahmin kaybedilme riski

o İşlemin tahmini süresi: 1 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.

• İşlem sonrası düzenli kasılmalarınız olursa
• Vajinal kanamanız doktorunuzun belirttiğinden daha fazla ise
• Ateşiniz 38 derecenin üzerine çıkarsa
• Kötü kokulu bir vajinal akıntı olursa
• Suyunuz gelirse, mutlaka zaman kaybetmeden doktorunuzu aramalısınız.

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.)