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
Testisin etrafındaki zarlar arasında doğuştan veya sonradan (sebepsiz, travma, enfeksiyon, varikosel veya fıtık ameliyatı sonrası) sıvı birikmesi durumudur. Bu ameliyat testisin etrafındaki zarlar arasında vücut sıvısının birikmesine bağlı olarak skrotum boyutunda artma, boyut artışına bağlı olarak ağrı veya kozmetik rahatsızlık hissi yarattığından kasık bölgesinden 2-4 cm'lik bir kesi yapılarak sıvının biriktiği boşluk açılıp biriken sıvı boşaltılır. Sıvıyı üreten zarlar kesilerek, ters çevrilir ve karşılıklı olarak dikilir. Mevcut fıtık kesesi varsa onarılır. Yara yerinden veya başka küçük bir kesiden çıkan ve skrotum içinde birikebilecek sıvıları önlemek amacıyla 1-2 gün süreyle bir dren konabilir.
o İşlemden beklenen faydalar:
Bu ameliyat için başarı hidroselektominin komplikasyonsuz yapılarak nüks gelişmeksizin hastanın yaşamını devam ettirmesidir.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Testislerde ağrı, zaman içinde sıvının içinde enfeksiyon gelişmesine bağlı olarak testis iltihabı (orşit) ve sıvının hidrostatik basıncına bağlı testiste küçülme ve sperm parametrelerinde bozulma gelişebilir. Fıtık mevcudiyetinde fıtık içine giren barsak kısmının boğulması olabilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Cerrahi dışında tedavi alternatif tedavisi yoktur.
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
1-Operasyondan sonra testislerde enfeksiyon (orşit) (%7-10) gelişebilir ve antibiyotik tedavisi gerekebilir.
2-Testiküler arter yaralanabilir ya da ligasyonu testiküler atrofi ve/veya spermatogenezin bozulmasına(%2) neden olabilir.
3-Cerrahiden sonra hidrosel tekrarlayabilir (%6-10).
4-Cerrahi sonrası erken dönemde belirgin ödem gelişebilir (%12) ve skrotum boyutlar ameliyat öncesine göre belirgin artabilir. Bu durum geçici olup 1-3 ay içinde kendiliğinden düzelecektir
5-İnsizyon yerinde enfeksiyon (%4-6) gelişebilir. Antibiyotik tedavisi gerekebilir. İyileşmez ise sütürlerin alınması ve açık yara pansumanı yapılması gerekebilir.
6-Operasyon sonrasında idrar drenajı için geçici nelaton sonda takılması gerekebilir. Sonda takılırken üretrada yaralanma ve darlık oluşabilir. Kalıcı sonda takılması gerekebilir.
7-Hastada fıtıkta varsa peritoneal yaralanma meydana gelebilir ve ek cerrahi girişimler gerekebilir (%1-2) Aynı seansta fıtığın onarılması gerekebilir.
8-Hidrosel onarımı sırasında vas deferens adı verilen ve spermleri taşıyan kanal çok nadiren zarar görebilir (%0,85).
9-Hidrosel onarımı sırasında çok nadiren testisler hasar görebilir ve onarımı gerekebilir (%2).
10-Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara yeri kalınlaşabilir. Kırmızı ve ağrılı olabilir.
11-Bazı kişilerde operasyon sonrası kanama gelişebilir ve ek girisime ihtiyac duyulabilir.
o İşlemin tahmini süresi: 30-90 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 :
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.
*2 aylık bir sürede ağır egzersiz ve yük taşımaktan kaçınmalısınız. Hekiminizin size önerdiği tedavi, diyet ve kontrol önerilerine uymalısınız.

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.)