Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmasa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

1.İŞLEMİN NEREDE KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:OP.DR:.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Testisin etrafında doğuştan veya sonradan (travma, enfeksiyon, varikosel veya fıtık ameliyatı sonrası) sıvı birikmesi durumudur.Testislerde küçülme,sperm parametrelerinde bozulmasını önlemek amacıyla yapılan bir işlemdir

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK 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

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:İşlemin alternatifi yoktur**.**

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

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 gelişebilir (%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-skrotal kist eksizyonu sırasında vas deferens adı verilen ve spermleri taşıyan kanal çok nadiren zarar görebilir (%0,85).

8-skrotal kist eksizyonu sırasında çok nadiren testisler hasar görebilir ve onarımı gerekebilir (%2).

9-Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara yeri kalınlaşabilir. Kırmızı ve ağrılı olabilir.

10-Bazı kişilerde operasyon sonrası kanama gelişebilir ve ek girişime ihtiyaç duyulabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANILABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)