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
o İşlemden beklenen faydalar:
Jinekomasti erkeklerde meme dokusunun olağandan fazla büyümesidir. Bunun çoğunluğunun neden oluştuğu bilinmemektedir (idiopatiktir). Tek taraflı ya da her iki memede de olabilir. Diğer nedenler ise ilaçlara bağlı olabilir (bazı tansiyon ilaçları, östrojen hormonu aşırı salınımı ya da dışarıdan alınan hormonlar, hormonal denge bozukluğu v.b). Bazı hastalıklarla birlikte olabilir (siroz, karaciğer yetmezliği, böbrek üstü bezi tümörleri gibi bazı iç salgı bezi tümörleri vb) Tedavide ameliyat edilecek taraf meme ya da aynı seansta her iki meme genel ya da lokal anestezi altında meme başı çevresine meme dokusunun büyüklüğüne göre 2-3 cm' den 7-8 cm büyüklüğe kadar bir kesi yapılır. Daha sonra meme başı, etraf deri ve diğer dokular meme dokusundan ayrılıp, anormal meme dokusu çıkarılır. Daha sonra etraf dokulardaki olası kanamalar durdurulup gerek görülürse dren yerleştirilerek, cilt kapatılır.
Ameliyat sonrası estetik olarak şekil bozukluğu giderilir ve hastanın ağrı nedeni ortadan kaldırılır.
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
Şekil bozukluğu ve meme ağrıları devam edebilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Neden olabilecek hormonel bozukluğun düzeltilmesi
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
Burada bahsedilen riskler yaygın olan risklerdir. Diğer nadir olan riskler burada listelenmemiştir. Lütfen Cerrahınıza aklınıza takılan genel ya da özel sorularınızı bu bölümün sonunda tekrar sorunuz. Anestezi almaya bağlı olan riskler hakkında Anestezi ve Reanimasyon Uzmanıyla yaptığım görüşmede bilgi aldım ve anestezinin risklerini anladım. Kullanılacak ilaçlara bağlı olarak baş dönmesi, göz kararması, kulakta çınlama, deride kızarıklık, döküntü ve kabızlık gibi genel yan etkiler olabileceğini kabul ediyorum. Aşağıdaki Jinekomasti eksizyonu ameliyatı esnasında ve sonraki dönemde oluşabilecek özel riskleri anladım:
· Ameliyat bölgemdeki yara izi zaman içinde küçülebilir ya da keloid denilen aşırı yara iyileşme izi oluşturacak şekilde aşırı büyüyebilir.
· Ameliyat yaramda ağrı, kızarıklık veya akıntıya neden olacak enfeksiyon gelişebilir ve bu yüzden antibiyotik (mikroplara karşı ilaç) kullanmam gerekebilir.
· Ameliyat bölgemde ameliyattan sonra oluşabilecek kanamalar nedeniyle hematom (Yarada kan toplanması) oluşma riski % 0.5 civarında da olsa mevcuttur. Oluşacak hematom boşaltılıp bandajla tedavi edilebileceği gibi kanamayı durdurmak için tekrar ameliyata alınmam gerekebilir.
· Ameliyat olan meme bölgesinde geçici ya da kalıcı his kayıpları oluşma riski mevcuttur.
· Ameliyat olan meme bölgesinde diğer memeye nazaran küçük görünme, çöküklük gibi kalıcı değişiklikler oluşabilir.
· Ameliyatımdan dolayı ameliyat sonrası dönemde günlük hareketlerim, alışkanlıklarım, zevklerim ve yaşantımda kısıtlanmalar olabilir.
Şeker hastalığım (diabetes mellitus) yüksek tansiyonum, aşırı kilolarım veya belirgin kalp rahatsızlığım varsa yukarıda anlatılan risklerin diğer insanlara oranla daha yüksek olduğunu biliyorum.
o İşlemin tahmini süresi: ..... *(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.

Kol ve göğüs kaslarının egzersizleri 2 ay süreyle yapması sakıncalıdır.

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.)