ÇEVİRMEN İHTİYACI

Çevirmen gerekli miydi? Evet Hayır

Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? Evet Hayır

TRANSOBTURATOR TEYP(TOT) AMELİYATI konusunda bilgilendirilmek istemiyorum.
.....
..... Hasta Adı Soyadı
Yakını Adı Soyadı
İmza İmza
Tarih-saat: ..../..../..... - ..... Tarih-saat: ..../..../..... - .....

1- Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz, sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dökümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Ameliyat Op. Dr ..... tarafından yapılacaktır.

İşlem yaklaşık 45 dakika sürecektir.

Yapılacak İşlem (Hastanın kendi sözcükleriyle yazılmalıdır):

Hastalığınızın tedavisi için transobturator teyp ameliyatı gerekmektedir. Bu ameliyatta idrar yolunuzun (üretra) çevresine polipropilenden yapılmış sentetik(insan yapısı) bir teyp yerleştirilecektir. Doktorunuz bu konuda size bilgi verecek, sorularınızı yanıtlayacaktır.. Ameliyat sonunda mesanedeki idrarın dışa alınması için üretral kateter (idrar sondası) idrar torbası içerisine yerleştirilecektir. Bu ameliyat anestezi verilerek uygulanacağı için “Anestezi Öncesi Hasta Bilgilendirme Formu ve Anestezi Uygulanacak Hasta Onam Formu” ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

2- İşleme ait olası riskler:

Ameliyat sırasında veya sonrasında büyük pelvis damarlarından, çevre organlarda ve sinirlerde yaralanma veya büyük damarlardan kanama olabilir. Bu durumda kan verilmesi ya da hastanın tekrar ameliyata alınması gerekebilir. Ameliyat sırasında barsak yada mesane yaralanması olabilir. Bu durum doktorunuz tarafından yada başka branştan konsültan hekimler tarafından tamir edilebilir.

Ameliyat sonrası idrar yapamama durumunuz olabilir. Bu durumda bir süre kendi kendinize günde birkaç kez sonda takarak idrar boşaltmanız gerekebilir. İdrar yapamama durumu uzarsa tekrar bir ameliyatla üretra etrafına konulan teyp çıkarılabilir. Bu durumda idrar kaçırmanız nüks edebilir. Tüm bu yapılan önlemlere rağmen bazı durumlarda idrar yapamama hali devam da edebilir. Çok nadir görülen bu durumlarda hayat boyu günde birkaç kez sonda takarak idrar boşaltmanız gerekebilir. Ameliyattan sonra sık idrara gitme ve tuvalete yetişemeyip idrar kaçırma şikayetleri baş gösterebilir. Bunun için ilaç kullanmanız gerekebilir.

Yara yerinde enfeksiyon gelişebilir. Bu durumda damardan verilen antibiyotikler ile tedaviniz gerekebilir. Bazı durumlarda konulan teybin çıkarılması gerekebilir.

Ameliyat sonrası cinsel ilişkide ağrı yada kuruluk yakınmaları olabilir.

Her türlü cerrahi müdahalede olduğu gibi bu ameliyat sırasında yada sonrasında ölüm riski vardır.

3- Ameliyattan Önceki İlaçlarınız

Ameliyattan önce kullandığınız doktor reçeteli ilaçlarınız veya bitkisel ilaçlarınızın

doktorunuz tarafından bilinmesi ve değerlendirilmesi özellikle kanı sulandırıcı ilaçlar

kullananlarda artmış bir kanama riskinin belirlenmesi için çok önemlidir. Bu ilaçlar

ameliyattan 1 hafta önce bırakılmalıdır. Eğer son iki hafta içerisinde bu ilaçlar alınmışsa, kanama riskinden kaçınmak için ameliyatın ertelenmesi gerekebilir.

4- Ameliyat Sonrası İyileşme

Ameliyattan sonra vücudunuz anestetik maddeden tamamen arınıncaya kadar görevli kişiler tarafından yakından takip edileceksiniz. Sonra eve gidinceye kadar kalacağınız üroloji servisine alınacaksınız. Başağrısı, bulantı, kusma gibi ağrı duymamanız için verilen ilaçlardan kaynaklanan yan etkiler olursa görevli kişilere bilgi vermelisiniz. Herhangi bir sorun yaşanmazsa hastanede kalış süreniz 1-2 gündür.

5- Ağrı

Ameliyat yerinde ağrı olmasını doğaldır. Ağrınız olduğu veya şiddetlendiği zaman ağrı kesici ilaçlar ağız yoluyla verilebilinir veya kas içerisine ya da damar içerisine iğne şeklinde uygulanabilinir.

6- Beslenme

Ameliyat sırasında ve hemen sonrasında kolunuzdaki damar yolundan verilecek serum ile beslenecek ve sıvı alacaksınız. Kendinizi iyi hissettiğinizde ve yeterli miktarda ağızdan sıvı, gıda aldığınızda serum verilmesi durdurulacaktır. Doktorunuzun önerdiği andan itibaren başlangıçta ufak yudumlarla su alabilirsiniz, normal gıda alımına başlayıncaya kadar yavaş yavaş sıvı alımınızı arttırabilirsiniz. Ameliyattan sonraki 1-2 gün bulantı hissetmeniz normaldir. İlgili kişilere ilettiğinizde uygun ilaçlar verilerek bulantınız giderilecektir.

7- Mesane ve İdrar

Ameliyat sırasında üretral kateter (idrar sondası) idrarı mesaneden dışarı almak ve kanama kontrolü için yerleştirilmektedir. Kateter dolu mesane hissi yaratabileceği için mesanenin uyarılarak kasılmasına ve kateter etrafından idrar sızmasına yol açacak spazmlara neden olabilir. Kateterin kan pıhtısıyla tıkandığı durumlarda sonda içerisinden verilen sıvıyla irigasyon (yıkama) yapılarak idrar akımı yeniden sağlanır. Kateter alındıktan bir süre sonra idrar yapma hissi sıklığında artma ve idrar yaparken yanma hissi olabilir.

8- Akciğerler ve Kan Dolaşımı

Ameliyattan sonra erken dönemde hareket bacaklarda oluşacak bir pıhtının

akciğerlere gitmesini engelleyecek ve böylece hayatınızı tehdit edebilecek bir olaydan korunmanızı sağlayacaktır. Ayrıca saatte on kez derin nefes almanız ve nefes egzersizleri yapmanız mevcut sekresyonlar nedeniyle enfeksiyon oluşmasını engelleyecektir. Aksine sigara kullanıyorsanız ameliyat sonrasında enfeksiyon riskiniz ve öksürüklerin şiddetinden ötürü ağrılarınız artacaktır.

9- Egzersiz

Tam olarak iyileşmeniz yaklaşık bir iki haftalık bir süre alacaktır. Bu süre sonunda günlük işlerinizi yapabilirsiniz Ancak üç aydan önce ağır şeyleri kaldırmayınız. Ameliyattan iki ay sonra cinsel ilişkiye başlayabilirsiniz.

10- Hasta/Koruması/Vekili tarafından Tebliğ:

Doktor/sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim.

Hastalığımın tanı ve tedavisi ile ilgili olarak yapılacak olan radikal TOT/TVT ameliyatı konusunda bilgi aldım.

Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.

Bu işlemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu işlem yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

İşlemin maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.

Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

Bu girişim ile mevcut durumumda düzelme olmama ihtimali olduğunu biliyorum.

Acil ve beklenmedik durumlarda onayım olmaksızın kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

Bu işlem sırasında gerekirse doktorum tarafından konsültan doktor çağrılabileceğini ve ilave girişimler uygulanabileceğini biliyorum.

Operasyon sırasında fotoğraf ya da video görüntülerinin alınabilmesine ve bunların kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Hastalığımla ilgili klinik bulgu, tetkik, tedavi ve sonuç bilgilerinin tüm kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla, geriye veya ileriye dönük bilimsel çalışmalar için kullanılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

İşlemin klinikte çalışan başka bir hekim tarafından da uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Bu bilgiler ışığında, yukarıda açıklanan TOT/TVT girişiminin şahsıma / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

Ameliyat sonrası yakınmalarınız olması durumunda mesai saatleri içinde Üroloji

polikliniğimizden diğer zamanlarda ise hastanemiz acil servisinden tıbbi yardım ve destek alabilirsiniz

11- HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12-(Yapılacak müdahaleyi ve yapacak hekimi biliyorum, bana anlatılanları tümüyle anladım, hekimim tüm sorularıma yanıt verdi, yapılacak müdahaleden istediğim zaman vaz geçme hakkına sahip olduğumu biliyorum, bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğim ile kabul ediyorum.)

(Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hastanın Adı Soyadı ..... Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza İmza

Tarih – saat: .../ .../...- ..... Tarih .../ .../...- .....

Doktor adı soyadı .....

İmza

Tarih- saat : ..../..../..... - .....