Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin “nasıl?”, “neden?” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu “işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği”, “işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği”, bu işlem “alternatifinin olup olmadığı” konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

1.İŞLEMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

2.İŞLEMİN UYGULANMMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Penisin eğriliği ön yüzündeki normal yapıların eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkar. Bu eğrilik derideki kusura, deri altı dokudaki gelişim kusuruna, idrar kanalının kısa oluşuna veya penis şaftında penisin parçalarının gelişim kusuruna bağlı gelişebilir. Bu anormal gelişim kusurları neticesinde penisin alta doğru kıvrık durmasına ve ereksiyon halinde penisin anormal şekilde alta bükülmesine yol açar.

Ameliyat edilmeyen olgular ilerleyen yaş dönemlerinde hem işeme bozukluğuna hem de cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır.

3.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Ameliyat öncesinde penisteki eğriliğinin derecesinin tam olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Kesin değerlendirme çocuk uyuduktan sonra kelebek iğne ile penis dokusunun serum fizyolojik ile doldurulması ile yapılır. Serum fizyolojik kullanımının bu güne kadar bildirilmiş herhangi bir yan etkisi yoktur. Penisteki eğrilik; gelişim kusurlu idrar yolu deri ve deri altı dokusunun yapışıklığından kaynaklanıyorsa eğrilik kolaylıkla giderilebilir. Ancak bu deformitenin düzeltilmesi her zaman bu kadar kolay olmaz. Daha derin yerleşimli bozukluklarda penil şafta tercihen emilmeyen dikişlerin pilileme tekniğiyle üst veya yanlardan eğriliğin tersi yönünden konulan dikişlerle düzeltmek gerekebilir.

Ameliyattan sonra

Ameliyat sonrası dönemde ameliyatın sonucuna göre hasta en az bir gün yatırılarak takip edilmektedir. Bazı hastalarda bu süreç 2 ya da 3 gün olabilmektedir.

4.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ameliyat süresi yaklaşık 30 ile 45 dakika arasında sürmekte olup bazı hastalar sondalı olarak servise alınmaktadır.

5.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

6. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Kanama: Belli bir miktara kadar olan ve klinik olarak önemsiz kabul edilen kanamalar dışında ender de olsa ciddi ve acil ameliyat gerektiren kanamalar görülebilmektedir.

Ağrı: İdrar yapamama, zorlanma ya da ağrılı idrar yapma şikayeti olabilir.

Nüks: Ameliyat sonrasında hastalığınızın nüksetmesi ender de olsa söz konusu olabilir. Nüks görülmesi yeniden ameliyatı gerektiren bir durumdur.

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

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

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)