Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

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

**HASTALIĞIN /İŞLEMİN TANIMI:** Doktorlarımız tarafından bazı gebeliklerde, gebelik öncesinde var olan, ilk defa gebelikte ortaya çıkan ya da gebeliğin kendisinden dolayı anne hayatının tehlikede olabileceği durumlar ortaya çıkabileceği anlatıldı. Gebelik zehirlenmesi (ağır preeklempsi, eklempsi,) yüksek tansiyon, durmayan vajinal kanama, ağır kalp hastalığı, ağır şeker hastalığı, böbrek hastalığı ve böbrek yetmezliği, gebelikte kötü seyreden ağır bağ dokusu hastalıkları karaciğer hastalıkları, koryoamnionit (bebek çevresindeki zarın ve suyun iltihabına bağlı olarak annenin mikrop kapması) gibi hastalıkların olması durumunda gebeliğin devam etmesinin anne hayatı için tehlike oluşturabileceği ve böyle durumlarda bebeğin haftasına bakılmaksızın anne hayatının kurtarılması için tedavi olarak gebeliğin sonlandırılması gerektiği tarafımıza bildirildi. Bebeğin sonlandırma işlemi sonucunda dışarıda yaşama ihtimalinin olmadığı, bir süre sonra ölebileceği ya da yaşarsa bile prematür (erken doğan) bebeklerin akciğer gelişiminin yeterli olmadığı için genellikle solunum cihazına (ventilatöre) bağlanması ve küvöz bakımı alınması gerekeceği anlatıldı..Bu gelişebilecek problemler nedeniyle bebeğin uzun süren ilaç, fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavileri ve ameliyat edilmesi gerekebilir. Böyle bir durumda anne hayatının daha önemli olduğu tarafımıza açık olarak anlatıldı. Tüm bu anlatılanları açık olarak anladık ve gebeliğin sonlandırılması işleminin yapılmasını kabul ediyoruz.

**1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:** Op.Dr.: .....

**2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Yaşamla bağdaşmayan fetal anomaliler ve kromozal bozukluklara sahip gebeliklerin sonlandırılması ve mevcut gebelikle ilgili anne hayatını tehlikeye sokabilecek durumların ortadan kaldırılmasıdır.

**3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

Anne ve/veya bebek ölümü, Anne morbiditesi (Sağlığının bozulması,) Anomalili / kromozomal bozukluğu olan bebek doğumu

**4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:** Genel olarak işlemin alternatifi yoktur.

**5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:**

Kliniğe yatırılarak muayene edilip değerlendirildikten sonra doğum ağrılarının başlaması ve rahim ağzının belli bir açıklığa ulaşması için klinik hekimlerince uygun bulunan tedavi planı size bilgi verilerek başlatılacaktır. Bu plan kapsamında verilecek olan ilaç ağız (oral,) damar yolu (intravenöz) ya da vajinal (hazneden) yol ile uygulanabilir. Belirli bir oranda rahim kasılmaları (doğum sancıları) başladıktan ve rahim ağzı açıklığı belirli bir düzeye ulaştığında gebelik sonlanır.Doğum sonrasında rahim içinde parça (bebeği eşi, zarlar) kalabilir.Bu nedenle doğum sonrasında küret denilen kaşık benzeri uygun cerrahi aletler yardımıyla rahim içi temizlenir.Bu işlem yaklaşık 30 (otuz) dakika sürer.

**Sık görülebilen yan etkiler:** Rahim ağzının süreli ya da sürekli kasılı kalması ve buna bağlı ağrı**.**

**Nadir görülebilen yan etkiler:** Kanama, enfeksiyon, rahim içinde parça kalması (rahim içi temizleme uygulamasından sonra dahi böyle bir risk mevcuttur.)

**Çok nadir görülebilen yan etkiler;** Uterus rüptürü (rahmin delinmesi) bazı durumlarda bebeğin eşi (plesenta) hiçbir şekilde ayrılmaz, ya da durdurulamayan fazla miktarda kanama görülebilir.Bu durumda acil olarak ameliyat olmanız ve rahminizin alınması (histerektomi) gerekebilir.

**Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:**

İşlem sonrasında yukarıda belirtilen nedenlerle ameliyat olmanız gerekeceği için mümkünse aç kalınmalıdır. Tedavi başladığında doğum sancılarının başlaması için belli aralıklarla ilaç uygulaması devam eder. Bu nedenle sancılarınızın sıklaşması ya da kuvvetlenmesi durumunda doktorunuza haber veriniz. Belirli bir sıklık ve kuvvette sancılar oluştuktan sonra ilaç uygulamasına devam edilmez.

**Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:**

Belirli bir süre (1-2 hafta kadar) kanama olabilir. Ancak kanamanız uzun sürerse ya da miktarı artarsa kötü kokulu akıntınız ya da ateşiniz olursa derhal doktorunuza haber veriniz.Enfeksiyon riskini azaltmak için doktorunuzun size söyleyeceği önlemleri uygulayınız.

**Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:** Allerji, kanama, yara iyileşmesinde gecikme, kullanılan ilaçlar:

.....

**6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**: Yönteme göre 6-12 saat ile 1 hafta sürer.

***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)**