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
İdrar yolunuz tıkanmıştır. İdrar kesenizdeki idrarı boşaltmak için tüp (foley sonda) normal idrar yolundan (üretradan) takılamamaktadır. Lokal anestezi kullanılır. Aşağı karın bölgesine idrar drenaj tüpü (katater) konarak mesanenin cerrahi drenajı yapılır. Mesaneye karın duvarından bir iğne ile girilip, 1cm.lik karın duvarına küçük bir kesi yapılır. İçi boş bir alet ile mesaneye ulaşılıp, kateter yerleştirilir. Daha sonra idrar katatere bağlı bir torbaya akıtılır.
o İşlemden beklenen faydalar:
Mesanede biriken idrarı ciltten takılan kateter ile dış ortama boşaltılmasını sağlamak
o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:
İdrar boşaltamazsınız ve idrar böbreklere geri kaçarak böbrek fonksiyonlarının bozulmasına neden olur. Kanda yükselen üre ve kreatinin zamanla komaya ve solunum baskılanmasına kadar ilerleyen üremi ve ensefalopati tablosuna yol açabilir. Bu durumun önlenmesi için diyalize girmeniz gerekebilir. İdrar keseniz yırtılabilir ve ek cerrahi tedaviler gerekebilir.
o Varsa işlemin alternatifler:
Alternatif olarak genel ya da spinal anestezi altında hastaya internal üretrotomi denen yolla idrar yolunun açılması ya da açık cerrahi yolla sistostomi drenajı uygulanabilir. Anestezinin verilmesinin mümkün olmadığı durumlarda hasta diyalize alınarak rahatlatılır ve uygun olduğunda yukarıdaki işlemlerden biri yapılabilir
o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:
a) Katater veya iğne kullanırken nadiren barsaklara zarar verilebilir ve cerrahi tedavi gerekebilir.
b) İdrar tüpün etrafından sızabilir.
c) İğne yada katater yerinden çıkabilir veya idrar çıkışı bloke olabilir. Yeniden yerleştirme işlemi gerekebilir (%15) d) Nadiren, kontrol edilemeyen kanamalar görülebilir ve ek cerrahi tedavi veya kan nakline ihtiyaç duyulabilir. (< % 1)
o İşlemin tahmini süresi: 30 dakika *(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 :
Lokal anestezi kullanılır. Ameliyat sahasının temizliği cerrahi enfeksiyonlar dan korunmak için önemlidir. Bu nedenle ameliyat sahasındaki kılların temizlenmesi gerekebilir. Sakin olmalı doktorun dediklerini işlem sırasında dikkatlice dinlemelisiniz.
Normal yoldan idrar yapana kadar sondyı çkımaması için çok dikkatli bir şekilde korumalısınız. 3 günde bir pansuman yaptırmalısınız. 3 hafta süre geçti ise değiştirilmek üzere bir sağlık kuruluşuna başvurmalısınız.

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.)