Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih Ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bu rıza belgesi 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 yada istenmeyen olaylar olabileceği, bu işlemin alternatifinin olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: OP.DR:.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

İdrar yolunuzda doğumsal veya kazanılmış nedenlere bağlı olarak bir darlık mevcuttur. Bu darlık genişletme veya kapalı (endoskopik) yöntemlerle yapılan ameliyatlara istenen yanıtı vermemesinden dolayı bu işlem yapılmaktadır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Zamanla idrar yolunuzdaki darlık ilerleyerek idrarı hiç yapamaz hale gelebilirsiniz. Bu durumda idrar yolunuza sonda takılamayabilir. Göbeğinizin altından sonda takılmak zorunda kalınabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

1- Zaman zaman sondayla veya buji denilen aletlerle idrar yolu genişletmesi yapılabilir.

2- Penisten girilerek endoskopik bıçakla dar olan bölge açılabilir (internal üretrotomi).

3- Darlığın olduğu bölgeye stent adı verilen metalik bir alet yerleştirilebilir.

Tüm bu yöntemlerin kullanımı darlığın durumuna, sizin ve cerrahınızın tercihine göre değişiklikler göstermektedir. Uygulanan girişimlerin başarı şansı hastaya ve hastalığın durumuna göre farklılıklar göstermektedir

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

1. Operasyon sonrası kesi yerinde kızarıklık, ısı artışı ve ağrıyla ortaya çıkan yara yeri enfeksiyonu veya idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. Bu durum hastanede yatış sürenizin daha uzun olmasına neden olabilir.

2. Operasyon bölgesinde nadiren kanama görülebilir.

3. Operasyondan sonra yara iyileşmesine bağlı fibrozis gelişebilir (%15- 20).

4. İşeme durumunuz beklenen düzeyde olmayabilir. İnternal üretrotomi denilen darlıkların endoskopik açılmasına ihtiyaç duyulabilir

5. Gelişen enfeksiyona bağlı darlık tekrarlayabilir veya bu bölgede fistül oluşabilir. Tekrar cerrahi yapılması gerekebilir.

6. Peniste eğrilik gelişebilir ve cerrahi girişime ihtiyaç duyulabilir (% 15 – 20).

7. Nadiren peniste sertleşmeyle ilgili problemler oluşabilir (%3).

8. Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara kalınlaşabilir. Kırmızı ve ağrılı olabilir.

9. Kilo fazlası olan kişilerde yara ve akciğer enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır.

10. Sigara içicilerinde yara ve akciğer enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
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.

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır