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 /İŞLEMİNTANIMI:

Size uygulanacak olan işlem; ilişkiye girilen bölgenize dış yüzeyini kaplayan cilt dokusunun (vulva) lezyona çevreliğe kısmının lezyon etrafından 2 cm normal dokuyu da kapsayacak şekilde çıkarılmasıdır. Bu işlem ilişkiye girdiğiniz bölgeden (vajen) kaynaklanan normalden farklı görünümdeki dokunun alınmasını da gerektirebilir.

1. **.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:** Op.Dr.: .....
2. **.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:** Kitlenin tanısının konulması
3. **.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

Kitlede büyüme, kanama, tümöre dönüşme, kozmetik sorun, birleşme sorununa yol açabilir. Tüm bu olası riskleri kabul ediyor ve göze alıyorum.

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: İşlemin alternatifi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Tedavisiz durumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi sizin için planlanan cerrahi medikal ve / veya tanısal işlemlerle ilgilide riskler vardır.

Cerrahi, medikal ve / veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, kanama olabilir. Girişim, önceden mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar) için daha fazla risklidir. Ayrıca kanser hastalığı nedeniyle genel durumu bozuk ve yaşlı hastalar için cerrahi girişimlerin riski daha yüksektir.

Yukarda belirtilen riskler dışında cerrahi girişimler için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir.

- Kesi yerinde akıntı
- Kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihap (enfeksiyon) gelişebilir.
- İşlem sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanması (hematom) .
- Hastalıklı dokuları çıkartmak ya da azaltmak için yapılan bu ameliyata rağmen mevcut hastalığın süresi net belli olmayan bir dönem içinde tekrar etmesi.
- Mevcut hastalığın kesi katlarından bir yere adeta ekilmesi ile kesi yerlerinde hastalığın oluşumu Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastaya ek müdahale gerekebilir. İşlemden sonra uzun vadede kesi yerinde sertleşme (skar – keloid) gibi komplikasyonlar görülebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

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

8. HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

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)