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

Tanı ve İşlem: Sistosel, vajina(hazneyi) ve mesaneyi(idrar torbasını) destekleyen dokulardaki zayıflık nedeniyle mesanenin normal anatomik yerinden daha aşağıda bulunması ve vajina(hazne) ön duvarında kabarıklık olarak tariflenebilecek bir durumdur ve bir tür fıtık olarak düşünülür .Aynı şekilde rektosel, rektumun (kalın bağırsağın son kısmının) normal anatomik desteği sağlayan dokularındaki zayıflık sonucu vajina(hazne) arka duvarından dışarıya kabarıklık yapmasıdır. Bu durum kişide farklı şikayetlere yol açabilir. Dışarıya olan kabarıklığın derecesine bağlı olarak sistosel sadece kozmetik kaygılar yaratmaktan idrar kaçırma veya tam tersine idrar yapmada güçlüğe rektosel ise aynı şekilde cinsel ilişki esnasında ağrı veya dışkılama esnasında ağrı veya bağırsağın son kısmının tam olarak boşaltılamamasına neden olabilir. Hasta olarak yukarıda kısaca anlatıldığı kadarı ile bahsi geçmeyen yakınmalarda dahil olmak üzere tarafımıza başvurmuş ve ayrıntılı jinekolojik muayene neticesinde sistosel ve/veya rektosel saptanarak size operasyon önerilmiştir.

o İşlemden beklenen faydalar:

Normal anatomik düzene geçilerek şikayetlerinizin giderilmesi.

o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Bu konuda hekiminizden bilgi isteyiniz.

o Varsa işlemin alternatifler:

Tam alternatif olmamakla birlikte ilaç tedavileri ve hekiminizin önereceklerini dinleyiniz.

o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

Cerrahi işlem riskleri; Tedavisiz durumumun devam etmesi ile mevcut şikayetlerim devam edebileceği gibi kötüleşebilir de ancak cerrahi tedavinin de tamamen risksiz olmadığı; özellikle idrar kaçırma veya idrara çıkamama şikayetlerimin sistosel tamirinden sonra tamamen kaybolabileceği gibi şikayetlerde artışta gözlenebilir ayrıca önceden idrar kaçışı olurken operasyon sonrası idrara çıkamama veya tam tersi şikayetlerin görülebileceğini biliyor ve anlıyorum.Bu durum mesane ve idrar yolu(üretra) arasındaki ilişkinin operasyon sonrası değişmesinden kaynaklanabilir.Buna ilaveten operasyon üzerinden geçen zaman zarfında genetik faktörlere bağlı ve bağ dokusunun özelliğinin getirdiği bir durum olarak veya karın içi basıncında artışa neden olan kronik öksürük ve şişmanlık gibi faktörler nedeniyle düzeltilmiş sistosel veya rektoselin tekrarlama riski mevcut olduğunu anlıyorum. Bu nedenle tekrarlayan operasyonlar geçirmek zorunda kalabileceğimi kabul ediyorum.Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı(atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım.Burada söz konusu edilen risklerden bazısı veya bazıları oldukça enderdir.Ayrıca burada belirtilen cerrahi girişim riskleri özellikle şişman, daha önce benzer ameliyatı geçirmiş ya da mevcut bir hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı) ve sigara içenlerde daha yüksektir.Sistosel ve/veya rektosel tamiri operasyonuna özgü riskler aşağıda sıralanmıştır: Sistosel operasyonunda yakın organlar olan mesane ve üretra yaralanması riski, rektosel operasyonunda ise rektum (bağırsağın son kısmı) ve çok nadiren anal kanal ve anüste yaralanması Bahsi geçen organlarda yaralanma sonucu ameliyatın batının açılması ile tamir edilmesi mesane yaralanması sonucu idrar sondası takılarak uzun süre hastanede veya ayaktan takip etme zorunluluğu, benzer şekilde anüs-anal kanal-rektum yaralanması sonucu tamir edilmek zorunda kalması hatta nadir olarak kolostomi(bağırsağın son kısmının cilde ağızlaştırılması) gerekebilir. Sonuç olarak şunu anlıyorum ki bu girişimin istenmeyen olası etkilerinin tamamını listelemek mümkün değildir.
Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum .Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. Her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve

gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal veepidural) anesteziden kaynaklanabilecek baş ağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum. Kan Ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum. Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

o İşlemin tahmini süresi: ..... *(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 :

Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir. Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttırabilecek ilaçlar kullanılmamalıdır. Aktif üst solunum yolu enfeksiyonu halinde ameliyat yapılamaz.

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.)