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 uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

HASTALIĞIN TANIMI:

Hypospadias (idrar deliğinin penisin alt yüzünde olması) doğumsal bir anomalidir. Bir gelişim defekti olan hipospadiasın cerrahisi hastanın doku uygunluğuna ve gelişimine bağlı olarak planlanır. Amaç idrar çıkış deliğinin normal olan penisin ucuna taşınmasıdır.

1.İŞLEMİN NEREDE KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

Hypospadias (idrar deliğinin penisin alt yüzünde olması) tamiri ameliyatı Hastanemizin Ameliyathanesinde Çocuk Cerrahi Hastalıkları Uzmanı tarafından uygulanacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Başarılı bir ameliyat sonrasında ise hasta normal bir dış genital görünüme ve işleve sahip olmaktadır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Bu ameliyatın yapılmaz ise çocuğun penisinde herhangi bir gelişme bozukluğu olmaz fakat aşağı doğru işeme nedeni ile okul çağında psikolojik sıkıntılar ve üreme döneminde spermin tam olarak iletilememesine bağlı kısırlık gibi sorunlar yaşayabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Hipospadiyas anomalisinin cerrahi sağaltım sağlanması dışında bir tedavi seçeneği yoktur ancak uygulanacak cerrahiler hastanın muayene bulgularına göre seçilmektedir. Ameliyat öncesinde seçilen cerrahi teknik ile ilgili bilgilendirme doktorunuz tarafından verilecektir. Delik (üretral mea) penisin ucuna ne kadar uzak ise ameliyat o derece zordur ve komplikasyon oranı yüksektir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

1) Fistül gelişimi: Üretra tamir hattı üzerinde yara iyileşmesinin yetersiz olması nedeni ile idrar çıkışı izlenen fistül olabilir.

2) Ameliyat sonrası oluşabilecek darlık: Ameliyat sonrası idrar yolu üzerinde iyileşme hattında darlık gelişebilir.

3) Penil Nekroz: Penisin kanlanmasının bozulmasına ikincil olarak ortaya çıkabilir.

6.ÖNGÖRÜLEMEYEN ACİL DURUMLARDA ÖNERİLEN TEDAVİNİN DIŞINA ÇIKILABİLECEĞİ:

Hipospadiyas ameliyatı esnasında rastlanabilecek ek hastalıkların cerrahi tedavisinin yapılması

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

Ameliyat sonrasında genel hijyen kurallarına dikkat edilmesi gereklidir. Ameliyattan sonra yaklaşık 7-10 gün idrar sondası takılı şekilde yataktan kalkmadan takip edilir.

8.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 1.5 - 2 saat olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir. Ameliyattan sonra yaklaşık 7-10 gün idrar sondası takılı şekilde yataktan kalkmadan takip edilir.

EK AÇIKLAMALAR:

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırmalarda yayınlansa bile kimlik bilgileriniz

verilmeyecektir, ancak yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Hastayı bilgilendiren doktoru olarak;

- Hastanın durumu
- Tedavi ihtiyacı
- Ameliyat ve riskleri
- Alternatif tedavi seçenekleri ve bunların riskleri ve bu risklerin oluşması durumunda muhtemel çekinceler.
- Hastanın kendisine ait belirgin riskler ve problemler tarafımdan hastaya açıklandı.
- Hastanın kendisine veya hakkında karar veren kişiye yukarıdaki maddelerden herhangi biri hakkında veya diğer çekinceleri hakkında sorular sorma imkanını tanıyarak mümkün olduğu kadar tamamını cevapladım. Hastanın kendisinin veya hakkında karar veren kişinin yukarıdaki bilgileri anladığı kanaatindeyim.

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)