


| | | | | |
|--|--|--------------------|------------------------|--|
|  | BARTHOLİN BEZLERİ CERRAHİSİ BİLGİLENDİRME VE HASTA ONAM FORMU | | |  |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.12 | 01.01.2019 | 0 | - | Sayfa 1 / 3 |

Hastanın Ad-Soyadı:

Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin veya Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin

Adı-Soyadı: Tel. No:

SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Bu formun **HER SAYFASININ** siz veya veli/vasi tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ, İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Bartholin bezi vajina girişinde, deri kıvrımlarının arasında yer alan bir tür salgı bezidir. Bartholin bezlerinin görevi vajinal ıslaklık ve kayganlığa yardımcı olmak üzere sıvı salgılamaktır.

Ancak herhangi bir nedenle salgı bezinin ürettiği sıvıyı dışarıya taşıyan kanallarda tıkanıklık meydana gelir ise bu sıvı birikir ve kistik bir yapı oluşur. Bu kist herhangi bir nedenle enfekte olur ise bu durumda abse meydana gelir. Kistin boyutları sabit kalabileceği gibi zaman içerisinde yavaş bir büyüyebilir. Kitle küçük bir bilye kadar olabileceği gibi mandalina büyüklüğüne kadar da ulaşabilir.

Cerrahide temel hedef mümkün olduğunca bartholin bezine zarar vermemektir. Kist ya da abse tamamen çıkarılabileceği gibi sadece bir delik açılarak içindeki iltihaplı sıvının dışarı akması sağlanabilir. Bu şekilde abse veya kist boşaltılır ve şiddetli ağrı durumu azaltılabilir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR


Bartholin bezi kisti veya absesi tedavi edilmediği durumunda şişkinlik, kızarıklık, ağrı oluşabilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Medikal tedavi yapılabilir ancak başarı şansı oldukça düşüktür

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

Vakaların yaklaşık %20'sinde bartolin kanallarının fonksiyonu geri dönmeyebilir.

| | | | | |
|--|--|--------------------|------------------------|--|
|  | BARTHOLİN BEZLERİ CERRAHİSİ BİLGİLENDİRME VE HASTA ONAM FORMU | | |  |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.12 | 01.01.2019 | 0 | - | Sayfa 2 / 3 |

1. Abse yada kistlerin tekrarlaması sık görülür ve işlemin tekrarlaması gerekir.
2. Bazen bir miktar akıntı devam edebilir. Bu uzun süreli yara bakımı – pansuman gerektirir.
3. Şişman hastalarda yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu kalp ve akciğer problemleri tromboz riskini artmıştır.
4. Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu kalp ve akciğer problemleri tromboz riskini artmıştır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Planlanan Tedavi Süresi: 30 Dakika

ONAY

- 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.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği 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:

.....(El yazınız ile **okuduğumu anladım kabul ediyorum** yazınız.)

KABUL EDİYORUM **KABUL ETMİYORUM.**

- **Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:**

İZİN VERİYORUM **İZİN VERMİYORUM**

- **Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:**

İZİN VERİYORUM **İZİN VERMİYORUM**

| HASTANIN Adı-Soyadı | İmza | Tarih |
|---------------------|------|-------|
| | | |

| | | | | |
|--------------|--------------|-------------|-----------------|-------------|
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.12 | 01.01.2019 | 0 | - | Sayfa 3 / 3 |

| | | |
|---|------|-------|
| HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN Adı-Soyadı | İmza | Tarih |
| | | |
| HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı): | İmza | Tarih |
| | | |