

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.20	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.
- İsteddiğiniz 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:

LLETZ - LEEP (Etkilenmiş bölgenin serviksten diatermi yoluyla uzaklaştırılması) İŞLEMİ

Size LLETZ - LEEP olarak adlandırılan tanısal işlem planlanmıştır. Burada rahim ağzından (serviksten) elektrik enerjisiyle çalışan yarım halka şeklindeki bir alet yardımıyla oval şekilli küçük bir örnek alınarak mikroskop altında incelenmek için patoloji bölümüne gönderilecektir. Bu işlem için lokal anestezi altında yapılır. İşlem öncesinde hangi bölgeden biyopsi alınacağını belirlemek için kolposkopi adlı işlem yapılır, burada ışıklı bir büyüteç kullanılarak ve bazı sıvılar sürülerek anormallik saptanma ihtimali olan bölgeler belirlenip örnek buralardan alınır. Parça alınan bölgedeki kanamayı durdurmak için işlem sonrasında o bölge koterize edilir (yakılır).

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR

İşlemin yapılmaması durumunda doğru tanı konulamayacağından doğru tedavi planlanamayabilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Koterizasyon – Servikal koterizasyon

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

1. Parça alınan bölgede enfeksiyon oluşabilir. Bunun görülme oranını en aza indirmek için işlem steril şartlarda yapılmaktadır. Buna rağmen bu tür bir enfeksiyon oluşursa uygun antibiyotiklerle tedavi mümkündür.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.20	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

- İşlem sonrasında parça alınan bölgeden kanama oluşabilir. Bu durumda o bölge tekrar koterize edilerek (yakılarak) veya tampon uygulamasıyla kanama durdurulur.
- İşlem sonrasında rahim ağzı kanalında daralma veya tıkanıklık oluşabilir, bu ise adet kanamasının dışarı atılmasını zorlaştırır veya tamamen engeller. Bu olursa hastada her adet döneminde ağrılar oluşur, kan rahim içinde birikebilir. Bu tür bir durumla karşılaşıldığında rahim ağzı kanalı genel anestezi altında yapılan genişletme işlemi sonrasında normal kan akımı sağlanır.
- Bu tür bir işlem yapılan hastalar daha sonra gebe kaldıklarında düşük veya erken doğumlara rastlanabilir.
- Bazen hastalık alınan parçanın sınırlarında mevcut olabilir, bu durumda daha geniş bir doku çıkarmış olmak için ikinci bir işlem gerekebilir.
- Genel anestezi (Narkoz) alan hastalarda artmış akciğer enfeksiyonu riski, akciğerin belli bölgelerinde sönmeler, çökmeler olabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
- Özellikle uzun süre hareketsiz kalan hastalarda, şişmanlık problemi olanlar ve kanın pıhtılaşma şansını arttıran ilaç kullananlarda ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerler gidebilir.
- Kalp te zorlanmaya bağlı kalp krizi
- Merkezi sinir sistemi ile ilgili sorunlar ve felç.
- İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- Sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.
- Şeker hastalığı ve hipertansiyon gibi önceden bilinen sistemik hastalığı olan hastalarda bu problemlere bağlı oluşabilecek ataklar ve problemler

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Planlanan Tedavi Süresi: 15-20 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 tedavinin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımdan 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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.20	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

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