

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.22	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

**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:**

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 barsağın son kısmının) normal anatomik desteği sağlayan dokularındaki zayıflık sonucu vajina (hazne) arka duvarından dışarıya kabarıklık yapmasıdır.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR**

İşlemin uygulanmaması durumunda mevcut şikâyetlerin devam edebileceği gibi dahada kötüleşebilir.

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

Sistosel ve rektosel vakalarında tedavi cerrahidir. Medikal tedavisi yoktur.

**RİSK VE KOMPLİKASYONLAR**

1. Sistosel operasyonunda yakın organlar olan mesane ve üretra yaralanması riski, rektosel operasyonunda ise rektum (barsağın son kısmı ) ve çok nadiren anal kanal ve anüste yaralanması
2. 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 anus-anal kanal-rektum yaralanması sonucu tamir edilmek zorunda kalması hatta nadir olarak kolostomi (barsağın son kısmının cilde ağızlaştırılması) gerekebilir.
3. Cinsel şikayetler oluşabilir.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.22	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

4. Özellikle idrar kaçırma veya idrara çıkamama şikayetlerimin sistosel tamirinden sonra tamamen kaybolabileceği gibi şikayetlerde artışta gözlenebilir ayrıca önceden idrar kaçıışı olurken operasyon sonrası idrara çıkamama veya tam tersi şikayetler görülebilir.
5. Bu durum mesane ve idrar yolu (üretra) arasındaki ilişkinin operasyon sonrası değişmesinden kaynaklanabilir.
6. 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 bu nedenle tekrarlayan operasyonlar geçirmek zorunda kalabilirsiniz
7. 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 olabilir.
8. 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.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Planlanan Tedavi Süresi: 60 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:**

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.22	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

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