

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.23	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 belirleyeceğimiz 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, İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

Rahim ağzına serklaj dikişi konulması genel anestezi altında yapılan bir işlemdir. Operasyon sırasında alacağınız genel anestezi bebek açısından yüksek risk taşımaz. İşlem genelde 3-4 dakika kadar sürer. Ortamın bakteri ve diğer mikroorganizmalardan arındırılması amacıyla gerekli temizlik işlemi yapıldıktan sonra bant şeklindeki özel dikiş ipliği rahim ağzının rahim ile birleştiği en yakın noktadan çepeçevre geçirilerek sıkıca bağlanır. Bu şekilde rahim ağzı torba şeklinde büzülmüş olur. İşlem sonrası erken dönemde hafif bir kanama olması normaldir. Serklaj sütürü konulduğunda doktorunuz onay verene kadar cinsel ilişkide bulunmak sakıncalıdır.

### İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK SORUNLAR

Tedavi uygulanmadığı takdirde şikayetleriniz devam eder , erken doğum ya da düşük yapabilirsiniz.

### ALTERNATİF TEDAVİLER

Servikal yetmezliğin tedavisi cerrahidir. Serklaj (cerclage) adı verilen bir işlem ile rahim ağzı gebelik sonuna kadar kapalı tutulabilir. Burada rahim ağzını çevreleyen bir dikiş geçilerek bağlanır ve serviks torba ağzı gibi büzülür.

### RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

Her cerrahi işlemde olduğu gibi serklaj operasyonlarında da bazı riskler vardır. Bunlar:

- Genel anesteziye bağlı riskler
- Doğum eyleminin başlaması. Bazen işlemin kendisi doğum eylemini başlatabilir.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.23	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

- Su kesesinin yırtılması
- Servikal enfeksiyon
- Servikte yırtılma. Eğer dikiş yerindeyken kasılmalar başlar ve fark edilmez ise servikte yırtılma görülebilir.
- Bu komplikasyonların hemen hepsi son derece nadir görülen durumlardır.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Planlanan Tedavi ve Süresi: 15 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
HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN Adı-Soyadı	İmza	Tarih

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.23	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı):	İmza	Tarih