

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.49	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:**

Genel anestezi kullanılır. İnmemiş testisin cerrahi onarım ile normal ve olası pozisyona getirilmesi amaçlanır. Kasık üstünde 2-4 cm.lik ve skrotumda 1 cm.lik kesi ile operasyon gerçekleştirilir.

Testis/testisler kese içerisine doğuştan inmemiştir, kasıkta ya da karın içerisindedirler yada tamamen kaybolmuşlardır

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK SORUNLAR**

Yeterli ve kaliteli sperm üretimi yapılamaz. Kısırlık gelişebilir. Testis kanseri gelişme riski normal popülasyona oranla daha yüksektir. Testis/testisler normal hormon üretim fonksiyonlarını yerine getiremeyebilir.

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

Genel anestezi kullanılır. İnmemiş testisin cerrahi onarım ile normal ve olası pozisyona getirilmesi amaçlanır. Kasık üstünde 3-4 cm.lik ve skrotumda 1 cm.lik kesi ile operasyon gerçekleştirilir Hormonal tedaviler uygulanarak testis/testislerin kese içerisine inmesi beklenebilir.

**RİSK VE KOMPLİKASYONLAR**

- 1- Testisler düzgün pozisyonlarda yerleştirilemezse yeni ameliyat gerekebilir (%1)
- 2- Herni (fıtık) görülürse tedavisi gerekebilir.
- 3- Skrotumda gözle görülür şişme ve morarma görülebilir ( Zamanla ortadan kalkar)(%3)

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.49	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

4- Nadir olarak testisler küçülebilir ve fonksiyonunu yitirebilir (%0,7).

5- Bazı durumlarda nadir olarak testislerin çıkarılması gerekebilir.

6- Eğer testisler kasıkta bulunamazsa karnın içinde aranması gerekebilir. Bu durumda daha büyük kesi yapılır

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:

-Genel anestezi kullanılır. İnmemiş testisin cerrahi onarım ile normal ve olası pozisyona getirilmesi amaçlanır. Kasık üstünde 3-4 cm.lik ve skrotumda 1 cm.lik kesi ile operasyon gerçekleştirilir. Ameliyat 2 yaşından önce gerçekleştirilmelidir. Aksi takdirde testislerin hormonal aktivitesi korunmasına karşın sperm yapısı ve fonksiyonları korunamayabilir. Testisler normal yerine indirilse bile testis kanseri gelişme riski normal bireylere göre artmıştır ancak testislerin kontrolü daha kolay yapılabilecektir. -Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.

-Cerrahi sonrası başarı testis/testislerin skrotuma indirilmesi ve sperm fonksiyonlarının korunmasının sağlanmasıdır.

#### **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Planlanan Tedavi ve Süresi:**

**Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:** Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

**Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:** 1 hafta sonra dikişlerinizi aldirmalısınız. 2 aylık bir sürede ağır egzersiz ve yük taşımaktan kaçınmalısınız. Size önerilen tarihler ve zaman aralıklarında tariflenen durumlar için kontroller yaptirmalısınız.

#### **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**

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.49	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

- 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