

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.60	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, İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Mesanenizin dinamik özelliklerinin incelenmesini amaçlayan bir tetkiktir. İnce bir üretral kateter ile mesanenize serum fizyolojik uygun bir hızla verilecek ve dolum esnasında mesanenizin fonksiyonları (kapasitesi, basınçları, genişleyebilirliği) incelenecektir. Dolum safhasından sonra işemeniz istenecek ve işeme esnasındaki mesane fonksiyonları da incelenecektir. Bütün bu özellikler bilgisayar ortamına kaydedilecek ve doktorunuz tarafından yorumlanacaktır. Gerekli görüldüğü takdirde mesanenize kontrast madde içeren sıvı verilerek doldurma ve işeme sırasında floroskopi ile görüntü alınacak ve filmler çekilecektir.

İşeme fizyolojinizle ilgili irdelenmesi gereken bir durumunuz mevcuttur (nörojen mesane, işeme disfonksiyonu, arefleksik mesane, aşırı aktif mesane gibi).

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK SORUNLAR**

İşlemin yapılmaması durumunda şikayetlerinizin sebebi hakkında doğru bir kanaate varılamayabilir ve tedavinizin düzenlenmesinde sıkıntılar yaşanabilir.

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

İşlem için randevu verilen günde gelirken daha önce size reçete edilmiş olan malzemelerinizi de getireceksiniz. Teknisyen ve doktor eşliğinde yapılacak bu işlemde önce aktif idrar yolu enfeksiyonunuzun olmaması için azami

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.60	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

dikkat edilmelidir. Aktif idrar yolu enfeksiyonunuz varsa bunun tedavi edilmesi gereklidir. İşlem esnasında üreteranızdan (dış idrar yolundan) mesanenize (idrar kesesi) ince bir kateter yerleştirilecek, sfinkter aktivitesi için cilde elektrotlar yerleştirilecek ve gerekli görülürse karın içi basıncı ölçümü için makata bir rektal kateter yerleştirilecektir. Daha sonra sabit hızda mesanenize vücut ısısında serum fizyolojik verilecektir. Bu sırada mesanenize ilgili ölçümler yapılacaktır. Doldurma fazı bittikten sonra işeme fazında tüm kateterler yerindeyken işemeniz istenecek ve yine ölçümler yapılacaktır. İşlemin bitişini takiben kateterler çıkarılacaktır. Daha sonra bu işlemlerin kaydının bilgisayardan çıktısı alınacak ve doktorunuz gerekli yorumu yapacaktır. Bu tetkik için alternatif bir yöntem yoktur.

### RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

#### Bu işlemin taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır:

- Yaşlı erkek hastalarda nadiren kateter takılmasında zorlanma olabilir. Buna bağlı olarak işlem sonrasında idrar yaparken yanma veya hafif kanama görülebilir.
- İşleme bağlı olarak %1 oranında idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. Eğer aktif idrar yolu enfeksiyonu varsa bu risk çok daha yüksektir ve bu yüzden yeterli tedavinin alınıp idrar temizlendikten sonra işlemin yapılması gereklidir.
- Bazen işlem sırasında kaynaklanabilecek teknik bir hata veya tetkikin istenen düzeyde iyi olmaması nedeniyle tetkikin tekrarı gerekebilir.

#### Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- Sık görülebilen yan etkiler: İdrarda yanma, sık idrar yapma
- Nadir görülebilen yan etkiler: İdrardan kan gelmesi, idrar yolu enfeksiyonu
- Çok nadir görülebilen yan etkiler: Sepsis

### İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

#### Planlanan Tedavi ve Süresi:

#### Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

İdrar yolu enfeksiyonu olmamasına dikkat edilmelidir. Eğer gebelik olasılığı mevcutsa floroskopi kullanılmaması için hekim mutlaka uyarılmalıdır.

#### Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Bol sıvı almanız önerilir. Size önerilen ilaç tedavisi ve kontrol önerilerine uyunuz. Beklenmeyen bir durumda doktorunuzla irtibat kurunuz.

### 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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.60	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

- 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