

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.64	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:

Vezikovajinal fistül (VVF) kadınlarda ürogenital sistem (idrar yolu ve kadın cinsel organları arasında) meydana gelen fistüllerinin bir alt tipidir. Vezikovajinal fistül (VVF) mesane (idrar torbası) ile vajina arasında anormal bir kanalcık gelişimi söz konusudur. Bu anormal şekilde gelişmiş olan kanalcık ya da kanala “ fistül ” denilmektedir Mesane ile vajina arasında oluşan kanalcık –fistül-idrar torbası ve vajina arasında meydana gelen bu fistül nedeniyle mesanedeki idrar vajinaya kaçmakta ve vajinadan da dışarı akarak istek dışı ve devamlı idrar kaçağına neden olmaktadır. Gece-gündüz devamlı idrar kaçırılması nedeniyle kadınlarda son derece sıkıntılı ve sosyal hayatı derinden etkileyen bir durumdur. Vezikovajinal Fistül (VVF) idrar torbası yani mesane ile vajina arasında gelişmiş olan anormal bir kanal nedeniyle kadınlarda kendisini devamlı idrar kaçırma ile gösterir.

TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN, NEREDE, NE ŞEKİLDE YAPILACAĞI VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

Ameliyat, hastanemizin uzman doktorları tarafından gerçekleştirilebilir. Tüm ameliyatlar, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz. Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemelidir ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir.

Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttıracak ilaçlar kullanılmamalıdır.

Ameliyat karın yolu ile (transvezikal yaklaşım) veya vajinal yol tarafından gerçekleştirilebilir. Karın yolu ile yapılan transvezikal ameliyatta, idrar kesesi açılarak fistül ağzı bulunur ve revize edilmesi sağlanır.

Vajinal yol özellikle aşağı yerleşimli kolay ulaşılabilecek fistüllerde tercih edilir ve bu yöntemde fistülün vajina duvarında meydana getirdiği delik tespit edilerek, idrar kesesi ve vajinanın onarılması gerçekleştirilir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.64	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

Vajenden idrar akıntısının devam etmesi, tekrar eden enfeksiyonlar, enfeksiyonuna bağlı tekrarlayan ateş ve karın ağrısı, mesane kapasitesinin çok azalması.

ALTERNATİF TEDAVİLER

VVF hastalarının yaklaşık %10'u konservatif yaklaşımlar ile tedavi edilebilmektedir. Küçük fistüllerde 2-3 hafta süresince üretral kateter ile düzgün drenaj sonrası iyileşme sağlandığı bazı küçük vaka serilerinde bildirilmiştir (7). Yine küçük fistüller için fibrin yapıştırıcıların etkinliği gösterilmiştir (8-10). Transvajinal veya transüretral yol ile fistül ağzının koterizasyonu ile 3 mm'den küçük çaplı fistüllerde başarılı sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir. Ancak koterizasyon sırasında fistül çapının daha da artmaması için dikkatli olunmalıdır

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

- Ameliyat pozisyonu verilirken oluşabilecek travmalar
- Anesteziye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar (exitus dahil)
- Karın cildinde ameliyat kesi izine bağlı skar (iz)
- Karın içi organlarda oluşabilecek kanama, perforasyon, yaralanma
- Ameliyat sırasında mesane kapasitesini artırmak için kullanılacak barsak segmenti ile ilgili oluşabilecek sorunlar: barsak segmentinin nekrozu, barsak anastomuzunda darlık, anastomoz kaçağı, karın içi kanama, abse oluşumu ve bunlara bağlı tekrar operasyon gerekebileceği
- Allerjik reaksiyonlar
- Major damar yaralanması, buna bağlı kanama ve exitus
- Peroperatif ve postoperatif kanama ve buna bağlı exitus
- Üretral, üreteral, rektal vajinal ve vezikal travma
- İşlem sonrası üretral darlık, enfeksiyon
- Postoperatif oluşabilecek idrar inkontinansı, mesane kapasitesinde azalma.
- Postoperatif erken ve uzun dönemde vezikovajinal fistülün nüks etmesi
- Kan transfüzyonu gerekliliği ve transfüzyon sırasında oluşabilecek komplikasyonlar
- Postoperatif yara yeri enfeksiyonu, tromboemboli, ileus, enfeksiyon, sepsis
- Postoperatif dönemde üretral kateterle ilgili oluşabilecek problemler
- Perioperatif ve postoperatif kardiyovasküler, pulmoner problemler ve bunlara bağlı exitus
- Tüm bu tedaviye karşın ameliyat sonrasında şikayetlerin devam etmesi, yada tam geçmemesi ya da tekrarlaması.
- Augmentasyon sistoplasti yapılacağından, yeni oluşturulacak mesanenin yeterli kasılmaması ve buna bağlı olarak hayat boyu TAK (temiz aralıklı kateterizasyon) gerekebileceği

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Planlanan Tedavi Süresi: Tahmini SAAT

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:

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.64	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

.....(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

Doktor:

Adı Soyadı

:.....

İmza

Tarih / Saat