



Özel Ekol Hastanesi

HİSTERESKOPIK POLİP REZEKSİYONU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.211	22.09.2025	00	-	1 / 3

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Bu formun amacı, sağlığınızla ilgili konularda sizi bilgilendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Bu form çoğu hastanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanmış olmakla birlikte, tüm olası tedavi şekillerini ve riskleri kapsamayabilir. Hekiminiz kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak ek bilgi verebilir.

İşlem Hakkında Genel Bilgi ve İşlemden Beklenen Faydalar:

Histeroskopik polip rezeksiyonu, rahim iç tabakasında gelişen poliplerin histeroskop adı verilen optik cihazla rahim içine girilerek çıkarılması işlemidir. Amaç, anormal kanama şikayetlerini azaltmak, gebelik şansını artırmak ve patolojik tanı elde etmektir.

Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

- Adet düzensizlikleri ve anormal rahim kanamaları devam edebilir
- Tekrarlayan düşükler veya infertilite (kısırlık) gelişebilir
- Polip büyüyerek daha ciddi sorunlara yol açabilir
- Malignite riski varsa tanı ve tedavi gecikebilir

İşlemin Varsa Alternatifleri:

- Polipin ilaç tedavisi ile küçültülmesi (genellikle etkisizdir)
- Açık veya laparoskopik cerrahi ile çıkarılması
- Takip (semptomsuz ve küçük poliplerde)

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

- Rahim içi enfeksiyon
- Kanama
- Rahim duvarında delinme (uterin perforasyon)
- Rahim içi yapışıklık (Asherman sendromu)
- Genel veya spinal anesteziye bağlı riskler

Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İşlem genellikle genel veya spinal anestezi altında yapılır.
- İşlem öncesi kan sulandırıcı ilaçlar kullanılıyorsa hekime bildirilmelidir.
- İşlem öncesinde aç karnına olunmalıdır.



Özel Ekol Hastanesi

HİSTERESKOPIK POLİP REZEKSİYONU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.211	22.09.2025	00	-	2 / 3

Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İşlem sonrası birkaç gün hafif vajinal kanama ve kasık ağrısı olabilir.
- Cinsel ilişki ve tampon kullanımına hekimin önerdiği süre boyunca ara verilmelidir.
- Yüksek ateş, şiddetli ağrı veya aşırı kanama olursa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Tahmini Süresi :

Ameliyat genellikle 20–40 dakika arasında sürer.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:

İşlem sırasında antibiyotik, ağrı kesici ve anestezi ilaçları kullanılabilir. Bu ilaçların amacı, faydaları ve olası yan etkileri ayrıca anlatılacaktır.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

- İşlem sonrası hijyen kurallarına dikkat edilmelidir.
- Hekim önerisi dışında ilaç kullanılmamalıdır.
- Düzenli kontroller aksatılmamalıdır.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği:

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.
- Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.
- Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.
- Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.
- Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.



Özel Ekol Hastanesi

HİSTERESKOPIK POLİP REZEKSİYONU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.211	22.09.2025	00	-	3 / 3

- Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....

.....

.....

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **“Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.”** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....