



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA**  
**AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



**Klinik Adı:**

**Hastanın Adı, Soyadı:**

**Doğum tarihi:**

**Cinsiyeti:** K E

**Ana adı:**

**Baba adı:**

**TC Kimlik No:**

**Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;**

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu

“.....” tanısı koyan doktorlarım tedavim için “**BARSAĞIN KARIN DUVARINA AĞIZLAŞTIRILMASI yani KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA**” işlemini önerdiler. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu bilgiler ışığında serbest iradenizle ile tedaviniz hakkında karar vermeniz uygun olacaktır. İsteddiğiniz anda tedavi kararınızdan vazgeçebilirsiniz. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız. Bu ameliyatı yapabilecek diğer sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi.

**Hastalığınız Hakkında Bilmeniz Gerekenler:** Kolostomi kalın bağırsağın, ileostomi ince bağırsağın geçici ya da kalıcı olarak cilde ağızlaştırılmasıdır. Bu işlemlere toplu olarak “STOMA” ya da “OSTOMİ” adı verilmektedir.

Stomalar; geçici, kalıcı, uç ya da loop şeklinde olabilmektedir. Bu işlem kanser ya da kanser dışı nedenlerle yapılır. Bu durumda dışkı normal yolu olan makattan gelmeyecek ve ostomiden boşaltım olacaktır. Ostomi çoğu kez kalın barsak ya da makat bölgesinde yapılan diğer işlemlerin korunması amacıyla dışkının kalın bağırsak içeriğinin ileri bölümlerine gitmesinin engellenmesi için açılmaktadır. Ostomi açıldığında karın cildine ağızlaştırılan barsaktan gelen içerik bu alana yapıştırılan bir torba içinde toplanır. Bu torbalar boşaltılabilen, değiştirilebilen materyallerdir. Bu materyallerin kullanımı hakkında size hemşireniz/doktorunuz tarafından bilgi verilecektir. Tıpkı poposu pişik olan bebekler gibi normalde dışkıya alışkın olmayan karın derisinin dışkıyla sürekli teması sonucu, stoma etrafındaki cilt tahriş olabilir. Buna dışkının içeriğindeki bazı kimyasal maddeler neden olmaktadır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.167</i>	<i>19.10.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 7</i>



# Özel Ekol Hastanesi

## KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Tahriş olan cildin bakımı iyi yapılmaz ise ciddi rahatsızlık verici boyutlara çıkabilir. Stomalı bireyler istedikleri her şeyi yiyebilirler. Ancak beslenmenin iyi dengelenmiş olması gerekmektedir. Aşırı kilo alma, yetersiz beslenme, gaz, koku problemleri ile karşılaşmamak için beslenmede dikkat edilmesi gerekli bazı noktalar vardır. Stoma hastası zaman içinde kendine rahatsızlık veren beslenme öğelerini anlar. Hasta beslenmesini buna göre düzenlemelidir. Stomalı bireylerin çoğu, stomalarından hoş olmayan kokunun çıkacağı endişesini taşırlar. Günümüz teknolojisinde üretilen torbalar gaz ve koku sorununu önemli ölçüde çözmektedir. Eğer kullandığınız torbayı iyi yerleştirdiyseviz koku normalde dışarı çıkmaz, sadece torbayı değiştirirken dışarı çıkar. Stoma torbanız takılı iken ya da torbanızı çıkartarak banyo yapabilirsiniz. Kolostomi torbaları suya karşı dayanıklı olup suda bile yapışık olarak kalabilmektedir. Normal günlük kıyafetlerinizi giyebilirsiniz. Kolostomi ve ileostomi spor yapmanıza engel bir durum değildir. Ameliyata neden olan hastalık ve geçirilen ameliyattan dolayı genel bir halsizlik hissetmeniz normaldir. Ameliyattan sonra birkaç hafta içinde hastalanmadan önce yapabildiğiniz tüm fiziksel aktiviteyi yapabilirsiniz. Ameliyattan 6-8 hafta sonra çalışma hayatına başlayabilirsiniz. Günün büyük bir bölümünün işyerinde geçirildiğiniz düşünüldüğünde, işyerinin tuvaletinde stoma temizliğinde kullanılan bazı malzemeleri bulundurmanız size stoma bakımında rahatlık sağlar. Stoma normal cinsel hayatınızı sürdürmeye engel olmaz. Ancak cinsel yaşamınızın normale dönmesi için biraz zamana ihtiyacınız vardır. Çok acele etmeyiniz ve kendinize zaman tanıyınız. Stomalı kadınlar, eğer isterlerse ve başkaca nedenlerle tıbbi bir sakınca yoksa hamile kalabilirler. Ancak büyüyen karın dolayısıyla stomanın genişliği artabilir, ayrıca stomayı görmek zorlaşabilir. Stomalı bir kadının emzirmemesi için de hiçbir neden yoktur. Stomalı kadınlar gebelikten korunmak için doğum kontrol hapı kullanabilirler.

**Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?:** Eğer ameliyat olmanız gerektiğine karar verilmiş ise, tedaviyi kabul etmemeniz durumunda içinde ölüm riski de bulunan birçok durumun oluşma olasılığı artacaktır. Ameliyat gerektiren hastalığınız ve tedaviyi kabul etme meniz durumunda gelişebilecek olayları lütfen doktorunuz ile ayrıntılı olarak görüşüp kararınızı belirleyiniz.

**Nasıl Bir Tedavi/Girişim Uygulanacak (Alternatif Tedaviler Hakkında Bilgi İçermelidir):** Ostomiye alternatif etkili bir yöntem ne yazık ki yoktur. Birtakım tıbbi malzemeler piyasada mevcutsa da bunlar henüz yeterli etkinlikte değildirler. Ostomi, açık ya da kapalı yöntem ile açılabilir. Açık yöntemde karın cildi ve duvarı kesilerek kalın bağırsağın ilgili kısmı bulunur ve ilgili bölüme yakın, uygun başka bir noktadan karın cildine ağızlaştırılır. Kapalı (laparoskopik) yöntemde ise aynı olay küçük deliklerden girilen özel aletler yardımı ile yapılır. Kapalı yöntem deneyim ve cihaz-aletlere bağlı bir yöntemdir. Her zaman ve her merkezde yapılamayabilir. Ostomiler

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	2 / 7



# Özel Ekol Hastanesi

## KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



İstisnai durumlar dışında 2–6 ay içerisinde kapatılır. Kliniğinizde genellikle açık yöntemli ameliyatlar yapılmaktadır. Doktorunuzdan ameliyat tipi hakkında bilgi alabilirsiniz. Bu ameliyatı yapan başka doktor ve sağlık kuruluşları hakkında da bilgi verildi. Ameliyat süresi değişken olmakla birlikte yaklaşık 45 dk ile 2 saat arasında değişmektedir. Ameliyatınıza kliniğimizin doktorlarından en az bir tanesi girecektir.

**Sık Görülebilen Yan Etkiler-Komplikasyonlar:** Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlatıldı:

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1'den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.
  2. Gereken tüm önlemlerin alınmasına rağmen ameliyatta ya da ameliyat sonrasında damarlarda kan pıhtılaşması sonucu akciğer embolisi görülebilir. Bu çok ciddi bir durum olup ölüm riski mevcuttur.
  3. Ameliyat sonrası içeriye ya da dışarıya kanama olabilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.
  4. Ameliyat sonrası karın içinde, akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında, yarada iltihaplar gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler.
  5. Stoma komplikasyonları görülebilir (%23-50 oranında). Bunlar; barsağın karına ağzılaştığı yerde enfeksiyon olabilir, barsak içeri kaçabilir, barsak daralabilir (stenoz), barsak dışarı doğru sarkabilir (prolapsus). İkinci ameliyat gerekebilir. Yaşlılarda, şişmanlarda, şeker hastalığı olanlarda, böbrek yetmezliği olanlarda, kanser hastalarında ve acil ameliyat yapılanlarda bu riskler daha fazladır. Cilt etrafında tahriş gelişebilir (peristomal cilt problemleri). Kolostominin yeri değiştirilmek zorunda kalınabilir.
  6. Ostomi çevresinden fitik oluşabilir (parastomal herni). Ameliyat gerekebilir.
  - 7.....
  - 8.....
  - 9.....
- ..... Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Kliniğe

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	3 / 7



# Özel Ekol Hastanesi

## KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



kabul edilmenizi takiben doktorlarınız tarafından dosyanız hazırlanacak ve gerekirse tekrar muayene edileceksiniz. Bu esnada doktorunuzun sorduğu sorulara lütfen eksiksiz cevap veriniz. Anestezi doktoru size hangi yöntemin uygulanacağı, bunların riskleri konusunda buna benzer ayrı bir form verecektir. Anestezi açısından ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve hemen ameliyat sonrasında dikkat etmeniz gerekli noktalar size anestezi doktorları tarafından anlatılacaktır Ameliyattan önceki en az **6 saat** ağızdan katı gıda almamış olmalısınız. Sizden beklenen özellikle kullandığınız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın pıhtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi vermeniz, ameliyathaneye gitmeden önce tuvaletinizi yapmanız, ameliyata giderken üzerinizdeki tüm metal ve diğer takı ve malzemeleri çıkarmanızdır. Ameliyat kararı verildikten sonra ameliyathanenin müsaitlik durumuna göre ameliyata alınacaksınız. Bir süre kliniğinizde bekleyebilirsiniz. Bu barsak temizliği ameliyat ve sonrası iyileşme dönemi için hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle lütfen lavman uygulamasına mümkün olduğunca uyum sağlayınız. Ameliyattan önceki gece banyo yapınız. Ameliyat öncesi bir hemşire hanım karnınızın ki tarafı ile ilgili bazı ölçümler yapıp, çizim yapabilir. Bu çizim ostomi açılması durumunda ostomi yerlerini belirlemek içindir.

**Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:** Ameliyattan hemen sonra ameliyat odası ve ayılma odasında bir miktar kalacaksınız. Bu noktalarla ilgili açıklamalar doktorunuz tarafından yapılacaktır. Ameliyattan sonra hemen yemek yeme ihtiyacı hissetmeyeceksiniz. Ağrı ve diğer gereksinimleriniz için doktorlarınız tarafından uygun ilaçlar verilecektir. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız. Aklınıza takılan durumlar için hemşire ve doktorunuza başvurabilirsiniz. Spinal anestezi uygulandı ise ilk idrarınızı yapmakta zorlanabilirsiniz. Bu durumda geçici olarak bir sonda yardımı ile idrarınız alınabilir. Ya da şiddetli baş ağrısı oluşabilir. Hastanede yatma süreniz uzayabilir. Doktorunuz muayene ve diğer bulgularınıza göre ne zaman sıvı ve katı gıda alabileceğinizi size söyleyecektir. Ameliyat sonrası dönemde doktor ve hemşirenizin izin verdiği en erken zamanda ayağa kalkıp dolaşmalı ve solunum egzersizi yapmalısınız. Taburculuk gününüz durumunuza göre belirlenecektir. Hastaneden ayrılmadan hangi ilaçları kullanacağınız, ne zaman kontrole geleceğiniz ve dikişlerinizi ne zaman aldıracağınız size söylenecektir. Eğer bu size söylenmezse lütfen doktorlarınızı uyarınız. Stoma bakımınız serviste hemşireler ve doktorlar tarafından yapılacaktır. Size ve yakınınıza öğretilecektir. Stoma malzemelerinizin nasıl temin edileceği hakkında bilgilendirme yapılacaktır.

- ✓ Hastalığım dışındaki yandaş hastalıklarım ile ilgili bana bilgi verildi. Bu yandaş hastalıklarımın ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrasında bana oluşturabileceği olumsuzluklar ayrıntılı şekilde anlatıldı.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	4 / 7



# Özel Ekol Hastanesi

## KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



- ✓ Ameliyat sonrası patoloji raporumu takip etmem ve sonucu ile polikliniğe başvurmam konusunda bilgilendirildim.
- ✓ Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı. Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşamayacağı bana bildirildi.
- ✓ Tüm hastane veri ve kayıtlarımın; kan ve doku örneklerimin bilimsel çalışmalar için kullanılmasına izin veriyorum.
- ✓ Ameliyat anında önceden bilinmeyen bir patoloji saptandığında tamamen benim lehime olarak doktorlarıma operasyon stratejisini değiştirme ve uygulama izni veriyorum.
- ✓ Ameliyatıma klinik uzman doktor ve asistan doktoru girebileceği gibi gereklilik halinde başka doktorların da ameliyatıma girmesi için çağrılacağı konusunda tarafıma bilgi verildi.
- ✓ Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum. Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.
- ✓ Tedavim için uygulanacak olan tıbbi ve cerrahi işlemlerin tamamını kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

### AYRICA

Doktorum tarafından, bana amaçlanan tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, istenmeyen sonuçlar (komplikasyonlar), beklenmedik durumlar ve oluşabilecek sorunlar, tedavim süresince oluşabilecek değişiklikler ve iyileşmem esnasında yaşayabileceğim olaylar açıklandı ve bunları kabul ediyorum. Ayrıca doktorum ile tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi seçeneklerini, yararlarını, istenmeyen sonuçlarını, risklerini, beklenmedik durumlarını ve tedavi olmamam durumunda gelişebilecek olayları konuştuk, sorularıma yeterli cevap verildi ve bu konularda tarafıma yeterli bilgilendirme yapıldı. Yapılacak tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında veya sonrasında doktorumun önceden tespit edilemeyen bir şey bulması veya gelişmesi durumunda, doktorumun bana yararlı olacağına karar vereceği ek veya değişik tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi uygulamalarına ve gerekli göreceği konsültasyonlar ile ilgili doktorların yapabileceği müdahalelere izin veriyorum. Bu tedavinin ve uygulanacak tetkik/girişim/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını, ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini ve beklenmedik durumları, oluşabilecek istenmeyen sonuçları ve riskleri bilerek kabul ediyorum.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	5 / 7



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA**  
**AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



Ameliyat öncesinde kan bankasında yasal mevzuata uygun olarak hazırlanan ve bana verilmesi uygun olan kanların, tıbbi müdahale/tehdavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında kullanılmasını onaylıyorum. Kan kullanılması durumunda oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim. Hastane tarafından yasal mevzuat içerisinde sağlanan alet-cihaz, iyileştirici malzeme ve ilaçların tetkik/tıbbi müdahale/tehdavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinde kullanılmasını kabul ediyorum.

**(Sadece kadın hastalar için)** Eğer hamile isem doğmamış çocuğumun öncelikle radyolojik işlemler olmak üzere tetkik/tıbbi müdahale/tehdavi/ameliyat ve anestezi işlemleri süresince bir risk taşıdığı hakkında bilgilendirildim. Adet gecikmesi yada hamilelik durumum yoktur. 4207 sayılı kanun gereği hastane içerisinde sigara içmeyeceğim. Güvenliğim ve sağlığım açısından teras, çatı ve balkonlara çıkmayacağım, pencere ve korkuluklardan sarkmayacağım. Görevlilerin bilgisi dışında hareket etmeyeceğim, yer değiştirmeyeceğim, yatağımdan, odamdan, servisten ve hastaneden ayrılmayacağım, ilaç kullanmayacağım, gıda maddeleri almayacağım. Hastanede görevli olmayan şahıslara itibar etmeyeceğim. Kamu malı olan, hastaneye ait yapılara, sistemlere, cihazlara, demirbaşlarına, ilaç ve sarf malzemelerine zarar vermeyeceğim, kasti zararlar durumunda yasal sonuçlarımı kabul ediyorum.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: +90 284 236 10 10

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	6 / 7



**Özel Ekol Hastanesi**  
KOLOSTOMİ YA DA İLEOSTOMİ YA DA STOMA  
AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



**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:		
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı yetisi yok	<input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük	<input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok
<input type="checkbox"/> 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.

.....  
.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.167	19.10.2023	00	-	7 / 7