



# Özel EKOL HASTANESİ

## HİDROSEL AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



**Klinik Adı:**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Baba Adı:**

**Ana Adı:**

**Doğum Tarihi:**

**TC Kimlik No:**

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu hidrosel tanısı koyan doktorlarım tedavim için hidroselektomi ameliyatı önerdiler. Ameliyat dışında tedavi seçeneği olmadığını ve tedavi olmadığım takdirde gelişebilecek sorunları bana anlattılar.

Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlatıldı:

1. Ameliyat sonrası erken dönemde nadiren antibiyotik tedavisi gerektiren yara yeri enfeksiyonu, yara yeri açılması görülebilmektedir.
2. Hidroselektomi sonrası hematoma (Skrotum içerisinde kan birikmesi) gelişebilir.
3. Ameliyat esnasında sperm toplayan kanallarda (epididim ve vas deferens) yaralanma olabilir.
4. Kullanılan ameliyat tekniğine göre değişik oranlarda operasyon sonrası dönemlerde hidrosel tekrarlayabilir.
5. Ameliyat esnasında verilen sabit pozisyona bağlı olarak nadiren his kayıpları ve sinir zedelenmeleri görülebilmektedir.
6. Ameliyat esnasında koter kullanımına bağlı olarak yanıklar ve teknik ekipmandaki yetersizlikle ilişkili komplikasyonlar görülebilmektedir.
7. İşlem sonrası pozisyona bağlı olarak kalp hastalığı ve periferik damar hastalığı olan hastalarda semptomlarda artış, kas ve eklem ağrıları gözlenebilmektedir.
8. Ameliyatınızın yukarı sayılan komplikasyonları dışında beklenmeyen komplikasyonlar konusunda da azami önlemler alınmış olacaktır.

Bu formu imzalamanız size uygulanacak olan işlem sonrası gelişebilecek olan komplikasyonlar hakkında doktorunuz tarafından bilgilendiğinizi ve sizin önerilen operasyon için rızanızın alındığını gösterir. Fakat gelişebilecek komplikasyonlar durumunda sorumluluğu tamamen sizin üstünüze aldığınızı göstermez ve cerrahın hiçbir sorumluluğu olmadığı anlamına gelmez. Operasyonunuz sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonların önüne geçmek için azami dikkat ve özen gösterilecektir.

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.

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.

Ben ....., bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.			
İmzası:	Tarih:	Saat:	
Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise; Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi: <input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı <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.

**Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi**

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.54	01.01.2008	02	01.02.2016	1 / 2