



# Özel Ekol Hastanesi

## PYELOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.231	<i>Yayın Tarihi</i> 24.03.2026	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 1 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

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

**Ana adı:**  
**Baba adı:**  
**TC Kimlik No:**

### Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Bu form, böbrek ile idrar kanalı (üreter) arasındaki darlık (üreteropelvik bileşke darlığı) nedeniyle planlanan pyeloplasti ameliyatı hakkında hastanın/velinin bilgilendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Üreteropelvik bileşke darlığı; böbrekten idrarın mesaneye geçişinde daralma veya tıkanıklık olması durumudur. Bu durum böbrekte idrar birikmesine (hidronefroz), ağrıya, enfeksiyona ve zamanla böbrek fonksiyonlarında azalmaya yol açabilir.

Planlanan pyeloplasti ameliyatı; darlık olan segmentin çıkarılması ve üreter ile böbrek pelvisinin yeniden birleştirilmesini içeren cerrahi bir işlemdir. Ameliyat açık, laparoskopik veya robotik yöntemle yapılabilir.

Bu işlem ile idrar akışının normale döndürülmesi, böbrek hasarının önlenmesi ve hastanın şikâyetlerinin giderilmesi hedeflenmektedir. Ancak tüm şikâyetlerin tamamen ortadan kalkacağı garanti edilemez.

### Ameliyatın Amacı

Bu ameliyatın amacı; böbrekten idrar akışını engelleyen darlığın ortadan kaldırılması, böbrek fonksiyonlarının korunması ve ilerleyici hasarın önlenmesidir.

### Uygulanacak İşlemin Tanımı

Ameliyat genel anestezi altında yapılır. Darlık olan üreteropelvik bileşke çıkarılır ve üreter yeniden böbrek pelvisine bağlanır. Gerekli durumlarda idrar akışını sağlamak amacıyla geçici olarak stent (DJ kateter) yerleştirilebilir.

Ameliyat açık, laparoskopik veya robotik yöntemle gerçekleştirilebilir.

### Olası Riskler ve Komplikasyonlar

- Böbrek fonksiyonlarının korunması
- Ağrının azalması
- Enfeksiyon riskinin azalması
- İdrar akışının düzelmesi

### Alternatif Tedaviler

Takip, endoskopik girişimler ve stent yerleştirilmesi.

### Ameliyat Yapılmazsa

- Böbrek fonksiyon kaybı ilerleyebilir
- Enfeksiyon gelişebilir
- Ağrı artabilir
- Böbrek hasarı kalıcı hale gelebilir



# Özel Ekol Hastanesi

## PYELOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.231	24.03.2026	00	-	2 / 3

### Tahmini Süre

İşlem ortalama 2-4 saat sürmektedir.

### Ameliyat Sonrası

- Hastanede birkaç gün yatış gerekebilir.
- İdrar sondası ve/veya stent bulunabilir.
- Hafif ağrı ve rahatsızlık olabilir.
- Kontroller ve stent çıkarımı gerekebilir.

### Hasta Hakları ve Bilgilendirme

Tarafıma uygulanması planlanan pyeloplasti ameliyatı hakkında tüm bilgiler verilmiş, sorularım yanıtlanmıştır.

### 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.

### Tedaviyi Reddetme Hakkı

Bu ameliyatı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak tedavinin reddedilmesi durumunda yukarıda belirtilen olası sağlık sorunlarının ilerleyebileceği tarafınıza anlatılmıştır.

### Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında **bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz**.....

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.

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

Aşağıdaki alana el yazısı ile “OKUDUM ANLADIM ONAYLIYORUM” yazılacaktır.



# Özel Ekol Hastanesi

## PYELOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.231	<i>Yayın Tarihi</i> 24.03.2026	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 3 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

### 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.