



# Özel Ekol Hastanesi

## PARSİYEL SİSTEKTOMİ AMELİYATI

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.208	08.09.2025	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, sağlığınıza 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:

Parsiyel sistektomi, mesanenin yalnızca hastalıklı kısmının çıkarılması işlemidir. Genellikle mesane kanserinin sınırlı olduğu durumlarda uygulanır. İşlemin amacı, tümörlü dokunun çıkarılması, mesanenin sağlıklı kısmının korunması ve idrar depolama işlevinin devam ettirilmesidir.

#### Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

- Hastalığın ilerlemesi ve tüm mesaneyi etkilemesi
- Kanserin yayılması
- Böbrek fonksiyonlarının bozulması
- Şiddetli ağrı, idrar yapamama, tekrarlayan enfeksiyonlar

#### İşlemin Varsa Alternatifleri:

- Radikal sistektomi (mesanenin tamamen alınması)
- Kemoterapi veya radyoterapi
- TUR (transüretral rezeksiyon) biyopsi
- İmmünoterapi

#### İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

- Kanama, kan transfüzyonu gereksinimi
- İdrar yolu ve yara yeri enfeksiyonları
- Mesanenin küçülmesi sonucu sık idrara çıkma
- Komşu organ yaralanmaları (üreter, bağırsak, damarlar)
- Tekrar tümör gelişme riski
- Genel anesteziye bağlı riskler

#### Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İşlem genellikle genel anestezi altında yapılır.
- Kan sulandırıcı ilaçlar kullanılıyorsa işlem öncesinde mutlaka hekime bildirilmelidir.



# Özel Ekol Hastanesi

## PARSİYEL SİSTEKTOMİ AMELİYATI

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.208	08.09.2025	00	-	2 / 3

- Aç karnına gelinmesi gereklidir.

#### Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- Ameliyat sonrası idrarda kanama ve sızıntı olabilir.
- Bol sıvı tüketilmesi önerilir.
- Sık idrara çıkma görülebilir.
- Yüksek ateş, şiddetli karın ağrısı veya idrar yapamama durumunda acilen sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

#### Tahmini Süresi :

Ameliyat genellikle 2–4 saat arasında sürer.

#### Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:

Ameliyat sırasında antibiyotik, ağrı kesici, anestezi ilaçları ve gerektiğinde kan ürünleri kullanılabilir. Bu ilaçların amacı, faydaları ve olası yan etkileri ayrıca anlatılacaktır.

#### Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

- Ameliyat sonrası bol sıvı tüketilmeli, hijyene dikkat edilmelidir.
- Düzenli kontroller aksatılmamalıdır.
- Ağır aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır.

#### 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, gözetimi 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



**Özel Ekol Hastanesi**  
**PARSİYEL SİSTEKTOMİ AMELİYATI**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



<i>Doküman No</i> HD.RB.208	<i>Yayın Tarihi</i> 08.09.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 3 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

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.

**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.

.....