



# Özel Ekol Hastanesi



## EPİGASTRİK HERNİ (KARIN DUVARI FITIĞI) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HD.RB.226	15.01.2025	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 belge; epigastrik herni (üst orta hat karın duvarı fıtığı) tanısı ile planlanan cerrahi girişim hakkında hastayı ayrıntılı biçimde bilgilendirmek, işlemin tüm yönlerini açıklamak ve hastanın özgür iradesiyle onam vermesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu form Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Medeni Kanunu ve Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda düzenlenmiştir.

### Hastalığın Tanımı ve Patofizyolojisi

Epigastrik herni; göğüs kemiği (sternum) ile göbek (umbilikus) arasındaki orta hat karın duvarında oluşan fıtıklardır. Karın duvarındaki zayıf noktalardan yağ dokusu veya nadiren bağırsak gibi organların dışarı doğru çıkması sonucu oluşur. Öksürme, ıkınma ve ayakta durma ile belirginleşen şişlik ve ağrıya neden olabilir.

### Hastalığın Nedenleri

- Karın içi basıncın artmasına neden olan durumlar (kronik öksürük, kabızlık, ağır kaldırma)
- Obezite
- Gebelik öyküsü
- Karın duvarı zayıflığı veya doğumsal bağ dokusu gevşekliliği
- Daha önce geçirilmiş karın ameliyatları

### Planlanan İşlemin Tanımı (Epigastrik Herni Onarımı)

Epigastrik herni ameliyatı; karın duvarındaki fıtıklaşmış alanın cerrahi olarak onarılması işlemidir. Ameliyat açık cerrahi veya uygun hastalarda laparoskopik yöntemle yapılabilir. Onarım sırasında fıtık kesesi içeri itilir ve karın duvarı güçlendirilir. Gerekli durumlarda yama (mesh) kullanılarak nüks riski azaltılır.

### Ameliyatın Amacı ve Beklenen Faydalar

- Fıtıklaşmanın giderilmesi
- Ağrı ve rahatsızlık hissini ortadan kaldırılması
- Fıtığın büyümesinin ve sıkışmasının önlenmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinin rahat yapılabilmesi
- Yaşam kalitesinin artırılması

### Ameliyat Nasıl Yapılır?

Ameliyat genel veya bölgesel anestezi altında yapılır. Fıtığın bulunduğu bölgeye kesi yapılarak fıtık kesesi değerlendirilir. İçeriği karın içine yerleştirilir ve zayıf alan onarılır. Yama kullanılması durumunda bu materyal karın duvarına sabitlenir. Ameliyat sonunda cilt kapatılır.

### İşlemin Yapılmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Sonuçlar

- Fıtığın zamanla büyümesi
- Artan ağrı ve yaşam kalitesinde düşüş
- Fıtık içeriğinin sıkışması (inkarserasyon)
- Kanlanma bozukluğu ve acil ameliyat gerektiren boğulma (strangülasyon)

### Alternatif Tedavi Seçenekleri



# Özel Ekol Hastanesi



## EPİGASTRİK HERNİ (KARIN DUVARI FITIĞI) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.226	15.01.2025	00	-	2 / 3

- Takip ve gözlem (semptomu az olan, küçük fıtıklarda)
- Koruyucu destekleyici korseler (kalıcı tedavi sağlamaz)
- Cerrahi dışı yöntemler kalıcı çözüm değildir.

### Ameliyatın Riskleri ve Olası Komplikasyonlar

- Kanama ve hematom
- Enfeksiyon
- Yara yeri problemleri
- Yama kullanılan hastalarda yama enfeksiyonu veya reaksiyon
- Fıtığın tekrarlaması (nüks)
- Bağırsak veya çevre organ yaralanması (nadiren)
- Anesteziye bağlı riskler (kalp-damar ve solunum problemleri, nadiren ölüm)

### Ameliyatın Tahmini Süresi:

Açık epigastrik herni onarımı; 30-60 dakika,  
Laparoskopik epigastrik herni onarımı; 45-90 dakika.

### Süreyi Etkileyen Faktörler:

- Fıtığın büyüklüğü ve sayısı,
- Yama (mesh) kullanılıp kullanılmaması,
- Daha önce geçirilmiş karın ameliyatları,
- Hastanın obezite, ek hastalık durumu,
- Aynı seansta ek cerrahi işlem yapılıp yapılmaması.

Bu süreler ameliyatın cerrahi kısmı içindir.

Anestezi hazırlığı, uyandırma ve ameliyathane süreçleriyle birlikte toplam süre genellikle 1–2 saati bulabilir.

### Başarı Oranı ve Uzun Dönem Sonuçlar

Epigastrik herni onarımında başarı oranı yüksektir. Yama kullanımı nüks oranını azaltır. Hastanın kilo kontrolü ve ameliyat sonrası önerilere uyması uzun dönem sonuçları olumlu etkiler.

### Ameliyat Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Ameliyat öncesi belirlenen süre aç kalınmalıdır
- Kan sulandırıcı ilaçlar hekimin önerisine göre kesilmelidir
- Mevcut hastalıklar ve kullanılan ilaçlar bildirilmelidir
- Sigara kullanımı mümkünse bırakılmalıdır.

### Ameliyat Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- İlk günlerde ağrı olabilir, verilen ilaçlar düzenli kullanılmalıdır
- Ağır kaldırmaktan kaçınılmalıdır
- Yara yeri temizliği ve pansuman önerilerine uyulmalıdır
- Ateş, artan ağrı, kızarıklık veya şişlik durumunda başvurulmalıdır.

### 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.



# Özel Ekol Hastanesi



## EPİGASTRİK HERNİ (KARIN DUVARI FITIĞI) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.226	15.01.2025	00	-	3 / 3

### 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.

Hekiminin 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.

### 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.