



Özel EKOL HASTANESİ

SİSTOSKOPİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU



Klinik Adı:
Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum tarihi:
Sayın Hasta,Sayın Veli /Vasi;
Sistoskopi

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Hastalığınıza tanı konulabilmesi için Sistoskopi işlemi gerekmektedir. Yaklaşık bir kalem kalınlığında metal bir tüp penis yada idrar kanalı ağzı içinden üretraya geçirilir. Bu yolla mesanenin içi görüntülenmesi, üretrayı (idrarı mesaneden dışarıya taşıyan yol) ve erkeklerde prostatın incelenmesi sağlanır.

Sistoskopi Riskleri

- 1- İşleme bağlı olarak nadiren üretra (idrarı mesaneden dışarı taşıyan yol)yaralanabilir.Yaralanma nedeniyle üretrada oluşacak hatalı bir kanal idrar yaparken zorlanmamıza veya idrar yapamamamıza, idrarın uzun süreli sızıntı şeklinde kaçmasına yada uzun dönemde üretrada darlık gelişmesine neden olabilir.
- 2- İşlem sırasında mesane yaralanması nadir görülen bir durumdur ve cerrahi girişim gerektirebilir.
- 3- Mesane çıkışında oluşacak ödem (dokuda su tutulması ve şişme) nedeniyle idrar yapılamazsa mesanede biriken idrarın oluşturacağı basınç artışı ağrıya yol açacaktır.Bu sorunun giderilmesi için üretral katater (idrar sondası) takılması gerekebilir.
- 4- İşlem sırasında değişik kaynaklardan gelen mikroplar kan akımına karışarak ağır enfeksiyon tablosuna yol açabilir.Tedavisi antibiyotiklerdir.
- 5- Mesane yada idrar yolarından köken alan kanama idrar rengini birkaç gün süre ile boyayabilir.
- 6- İşlemden sonraki birkaç gün geçici olarak idrar yaparken ağrı ve yanma hissedilebilir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri

Kullanılan İlaçlar:

Alerji:

- Doktorum bana sağlık durumum il ilgili gerekli açıklamaları **yaptı.**
- Tedavinin ne olduğunu,gerekliliğini,girişimin seyrini ve diğer tedavi seçenekleri,riskleri,tedavinin başarı olasılığı hakkında ayrıntılı **bilgi edindim.**
- Tedavi öncesi ve sonrası dikkat etmem gereken hususları **anladım.**
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde **yanıtladı.**
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte **görüyorum.**

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	<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.14	01.01.2008	03	28.01.2016	1 / 2