



Özel Ekol Hastanesi

PELVİK LENFADENEKTOMİ AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.204	02.09.2025	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, sağlığınızla 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:

Pelvik lenfadenektomi, prostat, mesane veya kadın genital organlarına ait bazı kanserlerin yayılımını değerlendirmek ve tedavi amacıyla pelvis bölgesindeki lenf bezlerinin çıkarılması işlemidir. İşlemin amacı, hastalığın evresini doğru belirlemek, tedavi planına yön vermek ve kanserli dokunun vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamaktır.

Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

- Kanserlin evresinin tam olarak belirlenememesi
- Uygun tedavi planının yapılamaması
- Kanserlin ilerlemesi ve yayılması
- Hayati risklerin artması

İşlemin Varsa Alternatifleri:

- Görüntüleme yöntemleri (BT, MR, PET-CT) ile takip (kesin tanı için yetersizdir)
- Klinik takibe devam (kanserlin yayılımını tam olarak göstermez)

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

- Kanama, kan transfüzyonu gereksinimi
- İdrar yolu ve yara yeri enfeksiyonları
- Lenfödem (bacaklarda şişlik)
- Damar, sinir veya bağırsak yaralanmaları
- İdrar kaçağı
- 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.
- Aç karnına gelinmesi gereklidir.



Özel Ekol Hastanesi

PELVİK LENFADENEKTOMİ AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.204	02.09.2025	00	-	2 / 3

Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- Ameliyat sonrası kesi bölgesinde ağrı, şişlik veya kızarıklık olabilir.
- Bol sıvı tüketilmesi önerilir.
- Yüksek ateş, bacaklarda aşırı şişlik 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 ağır aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Bacaklarda şişlik gelişirse hekime başvurulmalıdır.
- Düzenli kontroller aksatılmamalıdır.
- 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, 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



Özel Ekol Hastanesi

PELVİK LENFADENEKTOMİ AMELİYATI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.204	02.09.2025	00	-	3 / 3

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:			
<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.

.....