



# Özel Ekol Hastanesi

## PERİNOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.234	<i>Yayın Tarihi</i> 11.06.2026	<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, perine bölgesinde doğum, epizyotomi, travma veya anatomik nedenlerle oluşan deformasyonların düzeltilmesi amacıyla planlanan perinoplasti ameliyatı hakkında bilgilendirme amacıyla hazırlanmıştır.

Perinoplasti; vajina giriş kısmı ile anüs arasındaki perine bölgesinin estetik ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması işlemidir.

### Ameliyatın Amacı

- Perine anatomisinin yeniden oluşturulması
- Doğum sonrası deformasyonların düzeltilmesi
- Perine kaslarının onarılması
- Fonksiyonel yakınmaların azaltılması
- Estetik görünümün iyileştirilmesi

### Uygulanacak İşlemin Tanımı

Ameliyat genel veya spinal anestezi altında yapılır. Fazla veya skarlı dokular çıkarılır, gevşemiş kaslar onarılır ve perine bölgesi yeniden şekillendirilir. Gerekğinde ek cerrahi işlemler uygulanabilir.

### Olası Faydalar

- Anatomik bütünlüğün düzeltilmesi
- Estetik görünümün iyileştirilmesi
- Fonksiyonel şikayetlerin azaltılması
- Yaşam kalitesinin artırılması

### Olası Riskler ve Komplikasyonlar

1. Kanama ve Hematom: Ameliyat sırasında veya sonrasında kanama olabilir. Kan birikmesi gelişebilir ve drenaj veya ek müdahale gerekebilir.
2. Enfeksiyon: Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. Antibiyotik tedavisi veya ek cerrahi girişim gerekebilir.
3. Yara İyileşme Problemleri: Dikiş açılması, yara ayrılması, gecikmiş iyileşme veya belirgin skar oluşabilir.
4. Ağrı ve Hassasiyet: Özellikle ilk haftalarda ağrı, yanma ve hassasiyet görülebilir.
5. Duyu Değişiklikleri: Uyuşukluk, hissizlik veya aşırı hassasiyet gelişebilir. Nadir durumlarda kalıcı olabilir.
6. Cinsel Fonksiyon Problemleri: Cinsel ilişki sırasında ağrı, rahatsızlık veya hassasiyet değişiklikleri görülebilir.
7. Aşırı Daralma veya Yetersiz Düzeltme: Beklenen sonucun altında veya üzerinde daralma oluşabilir.
8. İdrar ve Dışkılama Problemleri: Geçici idrar yapma güçlüğü, dışkılama sırasında ağrı veya rahatsızlık gelişebilir.
9. Komşu Organ Yaralanmaları: Nadiren vajina, rektum veya çevre dokularda yaralanma oluşabilir.
10. Tromboembolik Olaylar: Derin ven trombozu veya pulmoner emboli gelişebilir.
11. Anestezi Riskleri: Bulantı, kusma, alerjik reaksiyonlar, kardiyovasküler ve solunumsal komplikasyonlar gelişebilir.



# Özel Ekol Hastanesi

## PERİNOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.234	11.06.2026	00	-	2 / 3

12. Tekrar Cerrahi Gereksinimi: Komplikasyon veya yetersiz sonuç nedeniyle yeniden ameliyat gerekebilir.
13. Estetik Sonuçlardan Memnuniyetsizlik: Sonuç beklentileri tam karşılamayabilir.
14. Nadir Ancak Ciddi Komplikasyonlar: Şiddetli enfeksiyon, yoğun kanama ve hayati risk oluşturan durumlar gelişebilir.

### Hastaya Özel Riskler

Sigara kullanımı, diyabet, obezite, bağ dokusu hastalıkları, geçirilmiş ameliyatlara ve kronik hastalıklar komplikasyon riskini artırabilir.

### Alternatif Tedaviler

- Pelvik taban egzersizleri
- Fizik tedavi uygulamaları
- Cerrahi olmayan destek tedavileri
- Takip

### Tahmini Süre

Ameliyat süresi ortalama 45–90 dakika arasında değişmektedir.

### İşlem Yapılmazsa

Mevcut şikayetler devam edebilir veya ilerleyebilir. Fonksiyonel ve estetik yakınmalarda düzelme sağlanamayabilir.

### İşlem Sonrası

İlk günlerde ağrı, ödem ve hafif kanama görülebilir. Hekim önerilerine uyulmalı, belirli süre cinsel ilişkiden kaçınılmalı ve kontrollere düzenli gelinmelidir. Aşırı kanama, ateş veya kötü kokulu akıntı durumunda sağlık kuruluşuna 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.

### Tedaviyi Reddetme Hakkı

Bu işlemi kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak işlemin reddedilmesi durumunda yukarıda belirtilen olası riskler 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.



# Özel Ekol Hastanesi

## PERİNOPLASTİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.234	11.06.2026	00	-	3 / 3

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.

### 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.