



Özel EKOL HASTANESİ
BASİT ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA
BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

Sayın hasta, hasta vekili / kanuni temsilcisi,

- Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Okutularak onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir.
- Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.
- Tanusal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Önerilen girişimi / tedaviyi kabul etmemeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.
- Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Girişim / tedavi için verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.
- Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

OPERASYONUN/İŞLEMİN ADI: BASİT ORŞİOEKTOMİ-TESTİSLERİN ALINMASI

Genel veya lokal anestezi kullanılır. Hastalığınıza bağlı olarak, enfeksiyon varlığında enfeksiyonun kontrol altına alınabilmesi için (epididimoorşit, testiküler abse, Fournier gangreni, tedaviye dirençli fistül), testis torsiyonu (testisin kendi etrafında dönerek kan akımının bozulması) veya geçirilen travmaya bağlı olarak testis /testislerin artık fonksiyon göstermemesi yada kanamanın kontrol altına alınması nedeniyle, prostat kanseri varlığında testislerden üretilen hormonların hastalığın daha hızlı ilerlemesine neden olması nedeniyle testislerin cerrahi olarak alınması gerekmektedir. Testislerin bulunduğu skrotum orta hattan yapılan 3-5 cm.lik kesi ile gerçekleştirilir. Operasyondan sonra bir dren yerleştirilir.

B- ANESTEZİ

Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için “anestezi hakkında” bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezistiniz ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

C- BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

- Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
- Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.
- Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.
- İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.89</i>	<i>18.08.201</i>	<i>01</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 5</i>



Özel EKOL HASTANESİ

BASİT ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler:

1. Operasyondan sonra skrotumda belirgin ödem gelişebilir (%5-15).
2. Eğer her iki testis alındıysa esas olarak erkeklik hormonu üreten dokuların kaybı meydana gelir. Bu durum erkek cinsiyet özelliklerini ve cinsel fonksiyonu etkiler (%100).
3. Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarıklık veya ağrılı olabilir (%1-2).
4. Özellikle şişman hastalarda, kısmen veya tamamen yara yeri açılması gelişebilir (%1- 2).
5. Yara yeri enfeksiyonu gelişebilir ve antibiyotik ile tedavi edilmesi gerekir. Nadiren ek cerrahi ihtiyacı gerekebilir (%2-4).
6. Kilosu fazla kişilerde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları vetrombüs açısından risk artmıştır (%1 den az).
7. Sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları vetrombüs açısından risk artmıştır (%1-3)

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Hastalığınıza bağlı olarak, enfeksiyon varlığında enfeksiyonun kontrol altına alınabilmesi için (epididimoorşit, testiküler abse, Fournier gangreni, tedaviye dirençli fistül), testis torsiyonu (testisin kendi etrafında dönerek kan akımının bozulması) veya geçirilen travmaya bağlı olarak testis /testislerin artık fonksiyon göstermemesi yada kanamanın kontrol altına alınması nedeniyle, prostat kanseri varlığında testislerden üretilen hormonların hastalığın daha hızlı ilerlemesine neden olması nedeniyle testislerin cerrahi olarak alınması gerekmektedir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?: Hastalık daha hızlı ilerler.(prostat kanserli hastalar için).Enfeksiyon varlığında testisteki enfeksiyon kontrol altına alınamaz ve enfeksiyon tüm genital bölgeye ve vücuda yayılabilir hatta kana karışabilir ve ölüme kadar ilerleyebilen ağır bir enfeksiyon tablosuna yol açabilir. Torsiyon varlığında işlev görmeyen testis enfekte olabilir veya vücudun savunma sistemi tarafından oluşturulan antikorlar nedeniyle diğer testis etkilenebilir ve kısırlığa kadar giden bir tablo ortaya çıkabilir. Torsiyon için ek cerrahi ve tıbbi tedaviler gerekebilir. Travma varlığında kanama kontrol edilemeyebilir, enfeksiyon gelişebilir ve ek cerrahi ve tıbbi tedavilere ihtiyaç duyulabilir. Prostat kanseri varlığında hastalık ilerleyebilir ve diğer organlara sıçrayabilir (metastaz gelişebilir).

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak: Genel, spinal veya lokal anestezi kullanılır. Testistlerin çıkarılması işlemidir. Testislerin bulunduğu skrotuma (yumurtalık torbası) orta hattan yapılan 3-5 cm.lik kesi ile gerçekleştirilir. Operasyondan sonra operasyon bölgesine bir dren yerleştirilir. Bu işlem prostat kanseri için yapılıyorsa alternatif olarak hormon üretimini önlemek amacıyla aylık ya da 3 aylık hormon içeren iğneler kullanılabilir ancak bu tedavi pahalı ve enjeksiyon yerinde hassasiyet, kızarıklık ve ağrı gibi yan etkilere neden olabilir.

İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

İŞLEMİN FAYDALARI:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.89	18.08.201	01	01.02.2016	2 / 5



Özel EKOL HASTANESİ

BASİT ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:

- Genel veya lokal anestezi kullanılır. Testisten hormon üreten kısmın alınması işlemidir. Testislerin bulunduğu skrotuma orta hattan yapılan 3-5 cm.lik kesi ile gerçekleştirilir.
- Operasyondan sonra bir dren yerleştirilir.
- Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.
- Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.
- Ameliyat sonrası başarı hastanın testis veya testislerinin komplikasyon gelişmeksizin çıkarılmasıdır. Başarı şansı %100'dür.
- Operasyon sonrası dren konduysa ve her şey yolunda seyrediyorsa sıklıkla 1.gün çekilir ve hasta taburcu edilir.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbirşey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

1 hafta sonra dikişlerinizi aldirmalısınız. 2 aylık bir sürede ağır egzersiz ve yük taşımaktan kaçınmalısınız.

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

- **İşlem süresi:.....Saat!...../Dakika sürecektir.**Müdahale sırasında gelişebilecek bir komplikasyona göre belirlenen sürede uzama olabilir.Böyle durumlarda ayrıca Doktorunuz tarafından bilgilendirileceksiniz.
- Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Ne zaman isterseniz, hatta bu formu imzaladıktan sonra bile fikrinizi değiştirme hakkınız vardır.**

HASTA RIZASI: Bilgilendirilmiş Onam Formu'nun ne anlama geldiğini biliyorum.

- *Bu ameliyata/İşleme karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
- *Ameliyatım/İşlemim esnasında oluşabilecek tüm risklerden dolayı hayatımı kaybedebileceğim ve organlarımda kalıcı hasar gelişebileceği bana anlatıldı.
- * Ameliyatım/İşlemim esnasında ve sonrasında, hastalığımın tedavisi için gerekli olan ve çağdaş tıbbın kabul ettiği her türlü ilaç, serum, aşı ya da mekanik veya biyolojik protezler ile benzeri tüm uygulamaları kabul ediyorum.
- * Ameliyat/İşlem sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.
- * Gerektiği takdirde kan ve kan ürünleri transfüzyonuna onay veriyorum.
- *Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
- * Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.
- * Eğer ameliyat sırasında iğne ya da keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan /İşlemden sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.89	18.08.201	01	01.02.2016	3 / 5



Özel EKOL HASTANESİ
BASİT ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA
BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



verileceğini anlıyorum.

* Onam belgesini imzalasam bile istediğim zaman onamımı geri çekme hakkına sahip olduğum bana söylendi.

***Toplam 4 sayfadan** oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım. Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.

*Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.

*Yapılacak işlemlerden önce anestezinin ayrıntıları konusunda bir anestezi uzmanıyla konuşma fırsatına sahip olacağımı biliyorum.

*Bu formdaki belirtilenler dışındaki herhangi bir işlemin, yalnızca hayatımı kurtarmak ya da sağlığuma gelebilecek ciddi bir zararı önlemek için gerekli olduğunda uygulanacağını anlıyorum.

* Tedavim sırasında uygulanması gerekebilecek ek işlemler hakkında bana bilgi verildi.

*Bu formda tanımlanan işlemi veya tedavi biçimini kabul ediyorum.

DOKTORUN BEYANI:

1. Hastanın durumunu
2. Tedavi için ihtiyaçlarını
3. Ameliyatın işlemini ve risklerini
4. İlişkili tedavi seçeneklerini ve bunların risklerini
5. Eğer risk gerçekleşirse olası sonuçlarını
6. Hastaya göre değişen özel önemli riskleri ve sonuçları açıkladım
7. Yukarıdaki konular hakkında sorular sorması
8. Her türlü endişesinin giderilmesi için hastaya / yerine karar verecek kişiye fırsat tanıdım;

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki 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:

• 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.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

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.89	18.08.201	01	01.02.2016	4 / 5