



Özel EKOL HASTANESİ

RAHİMDEN MYOM ALINMASI HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU



Klinik Adı:
Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum tarihi:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Genel Bilgi: Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve işlem: Rahimden myom alınma ameliyatı (myomektomi) myomun yerleşim yeri ve büyüklüğü göz önüne alınarak hazneden (vajinal) ya da karından kesi ile ya da karına açılan delikler ve optik cihaz kullanımı ile kapalı yöntemle (laparoskopik) yapılabilir. Ameliyat sırasında rahim duvarından myom çıkartıldıktan sonra rahime dikiş atılarak iyileşmesi sağlanır.

Önerilen cerrahi girişim : () Karından kesi ile (abdominal)
() Hazneden (vajinal)
() Kapalı yöntem (laparoskopik)

Cerrahi işlem riskleri: Tedavisiz durumunun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Rahimden myom alınması ameliyatı (myomektomi) daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezeryan ameliyatı) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar, bağ dokusu hastalığı olanlar), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenlerde daha risklidir.

Yukarıda belirtilen riskler dışında rahimden myom alınması ameliyatı (myomektomi) için özel olan riskler su şekilde sıralanabilir: Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihap (enfeksiyon) gelişebilir. İdrar torbası (mesane) zedelenmesi.

Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski.

İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak bağırsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi).

Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması

Ameliyattan sonra önceden var olmayan idrar kaçırma yakınmasının ortaya çıkması ya da var olan yakınmada artış

Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması

Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı

Myom çıkartılması sırasında ortaya çıkan ve durdurulamayan kanama sonucu rahimin alınması gerekebilir.

Myom çıkarıldıktan bir süre sonra rahimin aynı ya da başka bölgelerinde tekrarlayabilir.

Rahim içi boşluğundaki tabakanın (endometrium) zedelenmesi ile rahim içi yapışıklıklar gelişebilir ve bu yapışıklıklar adet görme (menstrüasyon) bozuklukları yaratabilir ve/veya gebe kalamama, tekrarlayan gebelik kayıplarına yol açabilir.

Ameliyat sonrası gelişen karın içi yapışıklıklar ağrı, tüplerin tıkanması, tüp-yumurtalık iliksisinin bozulması ve kısırlığa yol açabilir.

Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fitik gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

Tedavi seçenekleri:

Bazı hormon veya başka ilaçlar kullanmak (gestagenlar, GnRH analogları ya da antagonistleri)

Rahim içerisine hormon salgılayan rahim içi araç yerleştirilmesi

Rahimin tamamen alınması

Angiografik olarak myom embolizasyonu

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar: Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı: Eğer aşırı kanamalar nedeniyle ameliyat yapılacaksa bu kanamaların devamı nedeniyle kansızlık gelişebileceği ve kansızlığa bağlı olabilecek sağlık sorunları oluşabileceği, myomun büyüyebileceği ve bu nedenle baskı belirtileri yapabileceği, kötü huylu özelliğe değişebileceği (sarkomatöz dejenerasyon), yumurtalıkların muayene veya

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.102	01.01.2008	03	09.02.2016	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ

RAHİMDEN MYOM ALINMASI HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU



görüntülenmesini engelleyerek yumurtalıktaki hastalıklar açısından tanısız gecikmelerinin yaşanabileceği bana anlatıldı. Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasındaki ağrı hissinin, anestezi hekimiyile konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum. Anestezinin (ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

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.

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.102	01.01.2008	03	09.02.2016	2 / 2