



# Özel Ekol Hastanesi

## TUR-BİYOPSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.206	05.09.2025	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:

TUR (Transüretral Rezeksiyon) biyopsi işlemi, idrar kesesinde (mesane) bulunan kitle veya şüpheli lezyonların tanısının konulması amacıyla üretra yoluyla girilerek özel bir aletle biyopsi alınması işlemidir. İşlemin amacı, lezyonun tanısını koymak, uygun tedavi planını belirlemek ve hastanın sağlığı için gerekli önlemleri almaktır.

### Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

- Mesane içindeki kitle veya lezyonun tanısının gecikmesi
- İlerlemesi ve daha ciddi sağlık sorunlarına yol açması
- Mesane kanseri gibi hastalıkların erken evrede yakalanamaması
- Böbrek fonksiyonlarında bozulma, kanama ve enfeksiyon riski artışı

### İşlemin Varsa Alternatifleri:

- Görüntüleme yöntemleri (BT, MR, ultrason) ile takip (kesin tanı için yetersizdir)
- Aç cerrahi biyopsi (daha invazivdir)

### İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

- İdrarda kanama
- İdrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma şikayetleri
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Mesanede delik (perforasyon) gelişmesi (nadir)
- Genel anesteziye bağlı riskler

### Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İşlem çoğunlukla genel veya spinal anestezi altında yapılır.
- Kan sulandırıcı ilaçlar kullanılıyorsa işlem öncesinde mutlaka hekime bildirilmelidir.
- Aç karnına gelinmesi gereklidir.



# Özel Ekol Hastanesi

## TUR-BİYOPSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.206	05.09.2025	00	-	2 / 3

### Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İşlem sonrası idrarda bir süre kanama olabilir.
- Bol sıvı tüketilmesi önerilir.
- Yüksek ateş, şiddetli ağrı veya idrar yapamama durumunda acilen sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

### Tahmini Süresi :

İşlem genellikle 30–60 dakika arasında sürer.

### Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:

İşlem sırasında antibiyotik, ağrı kesici ve anestezi ilaçları kullanılabilir. Bu ilaçların amacı, faydaları ve olası yan etkileri ayrıca anlatılacaktır.

### Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

- İşlem sonrası bol sıvı tüketilmeli, hijyene dikkat edilmelidir.
- Ağır kaldırmaktan ve yorucu aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır.

### Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabilir:

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.
- Hekiminin 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.



# Özel Ekol Hastanesi

## TUR-BİYOPSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.206	05.09.2025	00	-	3 / 3

- 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:

- 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:

- 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.

.....