



Özel Ekol Hastanesi

REKTOSEL SİSTOSEL(KOLPORAFİ ANTERİÖR VE POSTERİÖR) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı, Soyadı:

Doğum tarihi:

Cinsiyeti: K E

Ana adı:

Baba adı:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.

İşlem Hakkında Bilgi:

Sistosel, vajina (hazneyi) ve mesaneyi (idrar torbasını) destekleyen dokulardaki zayıflık nedeniyle mesanenin normal anatomik yerinden daha aşağıda bulunması ve vajina (hazne) ön duvarında kabarıklık olarak tariflenebilecek bir durumdur ve bir tür fıtık olarak düşünülür. Aynı şekilde rektosel, rektumun (kalın barsağın son kısmının) normal anatomik desteği sağlayan dokularındaki zayıflık sonucu vajina (hazne) arka duvarından dışarıya kabarıklık yapmasıdır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşacağınız Sorunlar:

İşlemin uygulanmaması durumunda mevcut şikâyetlerin devam edebileceği gibi daha da kötüleşebilir.

İşlemin Riskler, (Komplikasyonları):

Sık Görülen Risklerdir: Burada belirtilmeyen başka risklerde olabilir lütfen aklınızda olan sorular için cerrahınız ile görüşünüz.

Anestezi: Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Kullanılan herhangi bir ilaca bağlı yan etkiler gelişebilir. Sık görülen yan etkiler arasında baş dönmesi, bulantı, cilt döküntüsü ve ishal veya kabızlık vardır. Röntgen çekiminde görülebilecek maddeye bağlı düşük düzeyde reaksiyon riski vardır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.170	05.01.2024	00	-	1 / 4



Özel Ekol Hastanesi

REKTOSEL SİSTOSEL(KOLPORAFİ ANTERİÖR VE POSTERİÖR) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



İşleme Özgü Riskler:

- Sistosel operasyonunda yakın organlar olan mesane ve üretra yaralanması riski, rektosel operasyonunda ise rektum (barsağın son kısmı) ve çok nadiren anal kanal ve anüste yaralanması
- Bahsi geçen organlarda yaralanma sonucu ameliyatın batının açılması ile tamir edilmesi mesane yaralanması sonucu idrar sondası takılarak uzun süre hastanede veya ayaktan takip etme zorunluluğu, benzer şekilde anus-anal kanalkrektum yaralanması sonucu tamir edilmek zorunda kalması hatta nadir olarak kolostomi (barsağın son kısmının cilde ağızlaştırılması) gerekebilir.
- Cinsel şikayetler oluşabilir.
- Özellikle idrar kaçırma veya idrara çıkamama şikayetlerimin sistosel tamirinden sonra tamamen kaybolabileceği gibi şikayetlerde artışta gözlenebilir ayrıca önceden idrar kaçıışı olurken operasyon sonrası idrara çıkamama veya tam tersi şikayetler görülebilir.
- Bu durum mesane ve idrar yolu (üretra) arasındaki ilişkinin operasyon sonrası değişmesinden kaynaklanabilir.
- Buna ilaveten operasyon üzerinden geçen zaman zarfında genetik faktörlere bağlı ve bağ dokusunun özelliğinin getirdiği bir durum olarak veya karın içi basıncında artışa neden olan kronik öksürük ve şişmanlık gibi faktörler nedeniyle düzeltilmiş sistosel veya rektoselin tekrarlama riski mevcut bu nedenle tekrarlayan operasyonlar geçirmek zorunda kalabilirsiniz
- 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 olabilir.
- Burada söz konusu edilen risklerden bazısı veya bazıları oldukça enderdir. Ayrıca burada belirtilen cerrahi girişim riskleri özellikle şişman, daha önce benzer ameliyatı geçirmiş ya da mevcut bir hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı) ve sigara içenlerde daha yüksektir.

İşlemin Tahmini Süresi: Planlanan Tedavi Süresi: 60 Dakika

Hekime Bildirilmesi Gerekenler:

Lütfen ameliyat öncesi var olan teşhis edilmiş tüm hastalıklarınızı, aldığınız tüm ilaçlarınızı, varsa ailesel hastalıklarınızı, alerjik durumunuzu bildirin. Öncelikle aspirin ve coumadin gibi pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere kullandığınız tüm ilaçları, mevcut sistemik hastalıklarınızı, vücudunuzda kalp pili ve ameliyatla takılmış platin gibi metallerin olup olmadığını işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildirin.

İşlem Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. Pansuman veya kontrol amacıyla verilen randevularınıza mutlaka geliniz.
- Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.
- Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.170	05.01.2024	00	-	2 / 4



Özel Ekol Hastanesi

REKTOSEL SİSTOSEL(KOLPORAFİ ANTERİÖR VE POSTERİÖR) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hasta, Vekil Veya Vasinin Onam Açıklaması

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi / girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunları riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi / girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı / tedavi / girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilceğini açıkladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim şekilde yanıtladı.
- Tedavi / girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi / girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/ veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: +90 284 236 10 10

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.170	05.01.2024	00	-	3 / 4



Özel Ekol Hastanesi
REKTOSEL SİSTOSEL(KOLPORAFİ ANTERİÖR VE
POSTERİÖR) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:
Saat:

Tarih:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı
yetisi yok Acil

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:
Saat:

İmzası:

Tarih:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:
Saat:

İmzası:

Tarih:

- 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.

.....
.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.170	05.01.2024	00	-	4 / 4