



Özel Ekol Hastanesi



KONİZASYON (LEEP / SOĞUK BIÇAK) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.228	16.01.2025	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 form, Hasta Hakları Yönetmeliği, SKS Sürüm 6.1 ve SAS Hastane Standartları Seti gereklilikleri doğrultusunda; hastanın uygulanacak konizasyon işlemi hakkında tıbbi, etik ve hukuki yönden eksiksiz bilgilendirilmesi ve özgür iradesi ile onamının alınması amacıyla hazırlanmıştır.

Hastalığın Tanımı ve Tıbbi Gerekeçe

Yapılan smear, HPV testi, kolposkopi ve biyopsi incelemeleri sonucunda rahim ağzında CIN (servikal intraepitelyal neoplazi) olarak adlandırılan hücresel değişiklikler saptanmıştır. Bu lezyonlar tedavi edilmediği takdirde invaziv rahim ağzı kanserine dönüşme potansiyeli taşımaktadır. Konizasyon işlemi hem tedavi edici hem de kesin tanı koydurucu bir girişimdir.

Planlanan İşlemin Tanımı

Konizasyon; serviksten koni biçiminde doku çıkarılması işlemidir. İşlem LEEP (elektrocerrahi halka) veya soğuk bıçak tekniği ile gerçekleştirilebilir. Çıkarılan doku patolojik incelemeye gönderilerek hastalığın derecesi ve sınırları değerlendirilir.

İşlemin Amacı ve Beklenen Yararlar

- Kanser öncüsü dokunun tamamen uzaklaştırılması,
- Kesin patolojik tanının konulması,
- Rahim ağzı kanserine ilerlemenin önlenmesi,
- Uterusun korunarak doğurganlığın sürdürülmesi,
- Düzenli takip ile uzun dönem sağlığın güvence altına alınması.

İşlemin Uygulanış Süreci

İşlem ameliyathane koşullarında, lokal, bölgesel ya da genel anestezi altında yapılır. Serviks özel solüsyonlarla değerlendirilir, hedef alan koni şeklinde çıkarılır ve kanama kontrolü sağlanır. Gerekli durumlarda dikiş uygulanır. İşlem sonrası kısa süreli izlem yapılır.

Alternatif Tedavi Seçenekleri

- Kolposkopik yakın takip
- Ablatif yöntemler (koterizasyon, kriyoterapi)
- İleri olgularda histerektomi
- Hiç tedavi almama (olası riskleri tarafıma anlatıldı)

Olası Riskler ve Komplikasyonlar

- Ameliyat sırasında veya sonrasında kanama
- Enfeksiyon gelişimi
- Rahim ağzında darlık veya yapısal değişiklik
- Tekrar konizasyon gereksinimi
- Gebelikte erken doğum, servikal yetmezlik, düşük riski
- Komşu organ yaralanması (çok nadir)
- Anesteziye bağlı komplikasyonlar



Özel Ekol Hastanesi



KONİZASYON (LEEP / SOĞUK BIÇAK) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.228	16.01.2025	00	-	2 / 3

İşlemin Yapılmaması Halinde Oluşabilecek Sonuçlar

CIN lezyonları ilerleyerek invaziv rahim ağzı kanserine dönüşebilir, daha geniş cerrahi girişimler gerekebilir ve hayati riskler ortaya çıkabilir.

Ameliyat Sonrası Süreç ve Öneriler

4–6 hafta cinsel ilişki, tampon kullanımı ve vajinal duş önerilmez. Ateş, yoğun kanama, kötü kokulu akıntı durumunda sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Patoloji sonucuna göre ek tedavi veya takip planlanabilir.

Tahmini Süre

Cerrahi işlem süresi ortalama 20–40 dakikadır.

Hasta Hakları ve Bilgilendirme

Tarafıma anlaşılır bir dilde bilgilendirme yapılmış, sorularım yanıtlanmıştır. İşlemi reddetme ve dilediğim zaman onamı geri çekme hakkım olduğu bildirilmiştir.

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 ameliyatı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak tedavinin reddedilmesi durumunda yukarıda belirtilen olası sağlık sorunlarının ilerleyebileceği 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.

Hekimin 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



Özel Ekol Hastanesi



KONİZASYON (LEEP / SOĞUK BIÇAK) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

<i>Doküman No</i> HD.RB.228	<i>Yayın Tarihi</i> 16.01.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 3 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

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:

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.