

	<b>Özel Ekol Hastanesi</b> <b>RETROPERİTONEAL KİTLE EKSİZYONU</b> <b>AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM</b> <b>FORMU</b>			
<i>Doküman No</i> HD.RB.200	<i>Yayın Tarihi</i> 23.08.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 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, sağlığınıza 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:**

Retroperitoneal kitle eksizyonu, karın arka boşluğunda (retroperitoneal alanda) bulunan tümör veya kitlelerin cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Bu işlem tanı amaçlı (biyopsi ile kesin tanı) ya da tedavi amaçlı (kitleyi tamamen çıkarmak) yapılabilir. Amaç, kitleye bağlı semptomların ortadan kaldırılması, tanının kesinleştirilmesi ve kötü huylu ise yayılımın önlenmesidir..

### **Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?**

- Kitlenin büyümeye devam etmesi
- Komşu organlara bası ve buna bağlı ağrı, kabızlık, idrar yapma zorluğu
- Kanser şüphesi varsa yayılım ve metastaz gelişmesi
- Tanının kesinleştirilememesi
- Hayati komplikasyonlar

### **İşlemin Varsa Alternatifleri:**

- Girişimsel radyolojik yöntemlerle biyopsi alınması
- Kitlenin izlenmesi (takip)
- Kemoterapi veya radyoterapi (malignite şüphesinde)
- Palyatif tedavi yöntemleri

### **İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:**

- Kanama: Ameliyat sırasında veya sonrasında ciddi kanama olabilir, transfüzyon gerekebilir.
- Enfeksiyon: Yara yeri veya karın içi enfeksiyon gelişebilir.
- Komşu Organ Yaralanması: Bağırsak, böbrek, damar yapıları, pankreas gibi organlarda hasar olabilir.
- Fıtık ve Yara Yeri Problemleri: Ameliyat yerinde fıtık oluşabilir.
- Lenf Sızıntısı (Lenfosel): Özellikle lenf bezlerinin çıkarılması durumunda gelişebilir.
- Tekrarlama Riski: Kitle tamamen çıkarılsa bile tekrar ortaya çıkabilir.
- Genel Anesteziye Bağlı Riskler: Kalp-damar ve solunum komplikasyonları, çok nadir de olsa ölüm

	<b>Özel Ekol Hastanesi</b> <b>RETROPERİTONEAL KİTLE EKSİZYONU</b> <b>AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM</b> <b>FORMU</b>			
<i>Doküman No</i> HD.RB.200	<i>Yayın Tarihi</i> 23.08.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 2 / 3

riski vardır.

#### **Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:**

- Ameliyat öncesi gece yarısından itibaren hiçbir şey yenilip içilmemelidir.
- Kan sulandırıcı ilaçlar en az 1 hafta önceden kesilmelidir.
- Hekime mevcut alerjiler ve kullanılan tüm ilaçlar bildirilmelidir.

#### **Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:**

- Doktorunuzun önerdiği şekilde beslenme ve mobilizasyona dikkat edilmelidir.
- Yara yeri pansumanları düzenli yapılmalıdır.
- Ani karın ağrısı, ateş, bulantı, kusma veya idrar yapamama gibi durumlarda acilen sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- Kontroller aksatılmamalıdır.

#### **Tahmini Süresi :**

Ameliyat süresi kitlenin büyüklüğüne, yerine ve yayılım durumuna göre değişmekle birlikte ortalama 2-5 saat sürebilir.

#### **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:**

Anestezi ilaçları, antibiyotikler ve ağrı kesiciler kullanılacaktır. Bu ilaçların amacı, faydaları ve olası yan etkileri ayrıca anlatılacaktır.

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

Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde dengeli beslenme, ağır aktivitelerden kaçınma ve düzenli kontroller çok önemlidir.

#### **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.
- Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları



# Özel Ekol Hastanesi

## RETROPERİTONEAL KİTLE EKSİZYONU AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.200	23.08.2025	00	-	3 / 3

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 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.

.....