



Özel EKOL HASTANESİ
RADİKAL İNGUİNAL ORŞİEKTOMİ AMELİYATI HASTA
BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Sayın hasta, hasta vekili / kanuni temsilcisi,

Bu form yapılacak ameliyatla ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Okutularak onaylanması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

A) İŞLEM ADI: RADİKAL İNGUİNAL ORŞİEKTOMİ-TESTİSLERİN ALINMASI AMELİYATI

Genel veya spinal anestezi kullanılır. Hastalığınıza bağlı olarak, olası veya kesin tanı konmuş testis kanseri nedeniyle testislerin cerrahi olarak alınması gerekmektedir. Hastalıklı testisin bulunduğu taraf karın alt kesimi-kasık bölgesine yaklaşık 5-7 cm'lik kesi gerçekleştirilerek testis çıkarılır.. Operasyondan sonra gerekli görülürse operasyon sahasına bir dren konabilir.

B- ANESTEZİ

Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için "anestezi hakkında" bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezi uzmanınız ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

C- BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

a-Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir.

Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

b-Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.

c-Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

d-İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler:

1-Operasyondan sonra aynı taraf skrotumda belirgin ödem gelişebilir (%3-7).

2-Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarıklık veya ağrılı olabilir.

3-Özellikle şişman hastalarda, kısmen veya tamamen yara yeri açılması gelişebilir.

4-Yara yeri enfeksiyonu gelişebilir ve antibiyotik ile tedavi edilmesi gerekir. Nadiren ek cerrahi ihtiyacı gerekebilir (%3-5).

5-Kilosu fazla kişilerde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır (%0,3-1).

6-Sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler: Testisinizde tümör şüphesi olan kitle lezyonu mevcuttur. Yapılan tetkikler bu lezyonun çok yüksek olasılıkla tümör olduğunu düşündürmektedir. Bu testisin alınarak tanının kesinleştirilmesi gerekmektedir. Diğer testis normal olması halinde normal hormonal denge ve üreme için gerekli işlevleri yerine getirecektir.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:

Hastalığınıza tanı konamaz ve gerekli tedaviye başlanamaz. Hastalık hızla ilerleyebilir ve ve diğer organlara (karın içi lenf bezlerine, akciğer, beyin, karaciğer v.b) sıçrayabilir (metastaz gelişebilir). Tedavi yapılmaması durumunda ölüme sebebiyet verebilir. Testis tümörleri

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.87</i>	<i>18.08.201</i>	<i>01</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 4</i>



Özel EKOL HASTANESİ

RADİKAL İNGUİNAL ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



tanı anında metestaz yapmış olsalar da radyoterapi (ışın tedavisi) ve kemoterapi ile %90'ın üzerinde tedavi edilebilmektedir. Ancak, uygulanacak tedavi şekli tümörün cinsine göre değişiklik göstermektedir. Bu nedenle mutlaka kesin tanının konması gerekmektedir ve bu ancak hastalıklı testisin alınmasıyla mümkün olabilmektedir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir):

-Genel veya spinal anestezi kullanılır. Tanı konması durumunda en kısa süre içinde testis alınmalı ve patolojik incelemeye gönderilmelidir. Hastalıklı testisin bulunduğu taraf karın alt kesimi-kasık bölgesine yaklaşık 5-7 cm'lik kesi gerçekleştirilerek testis çıkarılır. Operasyondan sonra gerekli görülürse operasyon sahasına bir dren konabilir.

-Alternatif olarak aynı işlem laparoskopik olarak yapılabilmektedir. Laparoskopik girişimlerin hastanede kalış, iyileşme süreleri, ağrı kesiciye ihtiyaç duyma, işe ve günlük yaşama dönme süreleri daha kısa ve kozmetik görünümü daha güzel olmaktadır.

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:

-Genel veya spinal anestezi kullanılır. Tanı konması durumunda en kısa süre içinde testis alınmalıdır

- Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.

- Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.

- Ameliyat sonrası başarı hastanın testisinin komplikasyon gelişmeksizin çıkarılmasıdır. Başarı şansı %100'dür.

-Operasyon sonrası dren konduysa ve her şey yolunda seyrediyorsa sıklıkla 1.gün çekilir ve hasta taburcu edilir.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

1 hafta sonra dikişlerinizi aldirmalısınız. 2 aylık bir sürede ağır egzersiz ve yük taşımaktan kaçınmalısınız. Size önerilen tarihte poliklinik kontrolüne gelmeli ve patoloji sonucunu öğrenmelisiniz. Ek tedavi gerekip gerekmeyeceği ve tedavi verilecekse tedavinin şekli size kontrollerde bildirilecektir

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullandığı ilaçlar:

Kanama zamanı:

Geçirdiği ameliyatlar:

Alerji:

Diğer hastalıklar:

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

İşlem süresi:.....Saat/...../Dakika sürecektir. Müdahale sırasında gelişebilecek bir komplikasyona göre belirlenen sürede uzama olabilir. Böyle durumlarda ayrıca Doktorunuz tarafından bilgilendirileceksiniz.

Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Ne zaman isterseniz, hatta bu formu imzaladıktan sonra bile fikrinizi değiştirme hakkınız vardır.

HASTA RIZASI: Bilgilendirilmiş Onam Formu'nun ne anlama geldiğini biliyorum.

*Bu ameliyata/İşleme karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.

*Ameliyatım/İşlemim esnasında oluşabilecek tüm risklerden dolayı hayatımı kaybedebileceğim ve organlarımda kalıcı hasar gelişebileceği bana anlatıldı.

* Ameliyatım/İşlemim esnasında ve sonrasında, hastalığımın tedavisi için gerekli olan ve çağdaş tıbbın kabul ettiği

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.87	18.08.201	01	01.02.2016	2 / 4



Özel EKOL HASTANESİ

RADİKAL İNGUİNAL ORŞİOEKTOMİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ



her türlü ilaç, serum, aşı ya da mekanik veya biyolojik protezler ile benzeri tüm uygulamaları kabul ediyorum.

* Ameliyat/İşlem sırasında gündeme gelebilecek cerrahim tarafından yapılması gerekli görülen ek prosedürlerin yapılmasını kabul ediyorum.

* Gerektiği takdirde kan ve kan ürünleri transfüzyonuna onay veriyorum.

* Prosedür sırasında çıkartılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum. Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.

* Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım.

* Eğer ameliyat sırasında iğne ya da keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum. Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan /İşlemden sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirilebileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.

* Onam belgesini imzalasam bile istediğim zaman onamımı geri çekme hakkına sahip olduğum bana söylendi.

* **Toplam 3 sayfadan** oluşan bu onam formunun tamamını okudum ve anladım. Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.

* Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.

* Yapılacak işlemlerden önce anestezinin ayrıntıları konusunda bir anestezi uzmanıyla konuşma fırsatına sahip olacağımı biliyorum.

* Bu formdaki belirtilenler dışındaki herhangi bir işlemin, yalnızca hayatımı kurtarmak ya da sağılıma gelebilecek ciddi bir zararı önlemek için gerekli olduğunda uygulanacağını anlıyorum.

* Tedavim sırasında uygulanması gerekebilecek ek işlemler hakkında bana bilgi verildi.

DOKTORUN BEYANI:

1. Hastanın durumunu
2. Tedavi için ihtiyaçlarını
3. Ameliyatın/ işlemini ve risklerini
4. İlişkili tedavi seçeneklerini ve bunların risklerini
5. Eğer risk gerçekleşirse olası sonuçlarını
6. Hastaya göre değişen özel önemli riskleri ve sonuçları açıkladım
7. Yukarıdaki konular hakkında sorular sorması

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki 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:

• 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.

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.87	18.08.201	01	01.02.2016	3 / 4