



Özel Ekol Hastanesi

PARSİYEL SAKREKTOMİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Klinik Adı:
Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum tarihi:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta,Sayın Veli /Vasi;

- Sakrektomi Cerrahisi Nedir? :** Sakrektomi, sakrumun rezeksiyonu veya eksizyonu ile agresif pelvik tümörleri tedavi etmek için etkili bir prosedürdür.
- Uygulanacak İşlemlerin Riskleri:**
- Genel Anestezi** Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz.
Herhangi bir endişeniz olursa anestezistiniz ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.
- Ameliyatlarda Genel Riskleri:**
Aşağıda anlatılanlar operasyonlardaki genel riskler olup bu ameliyatta gerçekleşme olasılığı düşüktür:
 - Omurgada instabilite gelişebilir.
 - Ameliyat sonrası idrar kaçırma görülebilir.
 - Ameliyat sonrası seksüel disfonksiyon görülebilir.
 - Ameliyat sonrası yürüme güçlüğü görülebilir.
 - Operasyonun büyük olması nedeniyle enfeksiyon görülebilir.
 - İşlemden kaynaklanabilen ölüm olabilir.
 - Damar-sinir komplikasyonları gözükülebilir.
 - Tümör total olarak çıkarılsa bile nükse meyillidir.
 - Obez (kilolu) hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, akciğer enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma meydana gelebilir.
 - Hastane enfeksiyonları: zatüre (pnömoni), beyin zarı iltihabı (menenjit), idrar yolu enfeksiyonları, kana mikrop karışmasına bağlı yaygın vücut enfeksiyonu (sepsis) oluşabilir.
 - Hastada ameliyat sonrasında operasyon nedeniyle anksiyete (gerginlik) ve ruhsal travma oluşabilir.
 - Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp- akciğer komplikasyonu ve tromboz (damar içi kan pıhtılaşması) komplikasyonu ihtimali daha fazladır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HD.RB.161	31.07.2023	00	-	1 / 2

	Özel Ekol Hastanesi PARSİYEL SAKREKTOMİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	
---	---	--

4. 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:		
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı yetisi yok	<input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük	<input type="checkbox"/> Hastanın karar verme
<input type="checkbox"/> 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.

.....
.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.161	31.07.2023	00	-	2 / 2