



**RAHİM ALINMA (HİSTEREKTOMİ) VE EK OLARAK YUMURTALIK VE TÜPLERİN İKİ
TARAFLI ÇIKARTILMA (SALPINGOOFEREKTOMİ) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:.....

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Rahim alınma ameliyatı çeşitli nedenlerle (myom, rahim iç tabakası hastalıkları, endometrioz hastalığı, rahim sarkması) yapılmaktadır. Rahim alınma ameliyatı (histerektomi) hazneden (vajinal) ya da karından kesi ile ya da karına açılan delikler ve optik cihaz kullanımı ile kapalı yöntem yardımıyla (laparoskopik) yapılabilir. Bu ameliyat sırasında yumurtalıklar tek ya da çift taraflı alınabilir. Ameliyat sırasında rahmi leğen kemiği boşluğu içerisinde tutan bağlar ve damarlar tutulup bağlandıktan sonra, yapılan kesilerle rahim ve/veya yumurtalıklar dışarıya çıkarılır.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: Rahim Alınma Ameliyatı (Histerektomi) Ve Ek Olarak Yumurtalık Ve Tüplerin İki Taraflı Çıkartılması (Salpingooferektomi)

Önerilen cerrahi girişim yöntemi:

Karından kesi ile (abdominal) rahim alınması ☐

Hazneden (vajinal) rahim alınması ☐

Kapalı yöntem ile (laparoskopik) rahim alınması ☐

Yumurtalıkların alınması ☐

3. TARAF UYGULAMASI İŞE;

Sağ ☐

Sol ☐

İki Taraf ☐

Seviye:



**RAHİM ALINMA (HİSTEREKTOMİ) VE EK OLARAK YUMURTALIK VE TÜPLERİN İKİ
TARAFLI ÇIKARTILMA (SALPİNGOOFEREKTOMİ) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ

Tedavisiz durumunun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi ve tıbbi işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi ve tıbbi işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça nadirdir. Rahim alınması ameliyatı (histerektomi) ve yumurtalıkların alınması özellikle daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezaryen ameliyatı) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar, bağ dokusu hastalığı olanlar), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenlerde daha risklidir.

Yukarıda belirtilen riskler dışında rahmin alınması ameliyatı (histerektomi) ve yumurtalıkların alınması için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihap (enfeksiyon) gelişmesi,
- İdrar torbası (mesane) zedelenmesi,
- Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenmesi,
- İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak bağırsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi)
- Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (iç iliyak atardamar) bağlanması,
- Cinsel işlev bozukluğu,
- Vajina tepe kısmının ameliyat sonrası sarkması,
- Ameliyattan sonra önceden var olmayan idrar kaçırma yakınmasının ortaya çıkması ya da var olan yakınmada artış,



**RAHİM ALINMA (HİSTEREKTOMİ) VE EK OLARAK YUMURTALIK VE TÜPLERİN İKİ
TARAFLI ÇIKARTILMA (SALPİNGOOFEREKTOMİ) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

- Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması,
- Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı.

Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (keloid), karın duvarında fıtık gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Klinik belirti ve bulgularda düzelme yanında cerrahi tedavinin gecikmesi ile ortaya çıkabilecek hastalık belirti ve bulgularındaki artmaların önlenmesi en önemli yararlarıdır.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Ameliyatın gerekçelerine bağlı olmakla birlikte genel olarak başarı olasılığı ameliyat öncesi dönemde büyük oranda öngörülebilir. Klinik ve görüntüleme bulgularına göre iyi planlanmış bir işlem olarak uygulandığında kısa ve uzun dönem başarıları yüksektir.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ(LER)

Aşağıdaki diğer tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirildim:

- Hastalığın tedavi edilmesini kabul etmeyerek doğal seyrine bırakmak
- Bazı hormon veya başka ilaçlar kullanmak
- Anormal olan belli bir kısım varsa bunu çıkarıp kalanını tamir etmek
- Sarkmalar varsa destekleyici cihazlar ile rahmi yerinde tutmaya çalışmak
- Rahim içerisine hormon salgılayan rahim içi araç yerleştirilmesi
- Küretaj sekinde rahim iç tabakasının kazınması, histeroskopi denilen yöntemle rahim iç boşluğunun soğuk ışık kaynağı kullanılan bir alet ile gözlenmesi ve anormal kısmın veya rahim iç tabakasının çıkartılması (endometriyal ablasyon ve rezeksiyon)
- Hazneden halka şeklindeki aletler ile sarkmış rahmin yerinde tutulması veya bu yöntemlerden birkaçının birlikte kullanılması.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

İstirahat, beslenme düzeni, ev ve iş yaşamına dönüş ve yaşam stiliniz ile ilişkili size özgü hekiminizin uyarılarına uyunuz. Ameliyat işlemi sonrası ilk ve devamındaki muayene randevularına uyunuz.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı:

- Eğer aşırı kanamalar nedeniyle ameliyat yapılacaksa bu kanamaların devamı nedeniyle kansızlık

**RAHİM ALINMA (HİSTEREKTOMİ) VE EK OLARAK YUMURTALIK VE TÜPLERİN İKİ
TARAFLI ÇIKARTILMA (SALPİNGOOFEREKTOMİ) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

gelişebileceği ve kansızlığa bağlı olabilecek sağlık sorunları oluşabileceği,

- Eğer sarkma nedeniyle ameliyat önerildi ise bu sarkmaların artabileceği ve idrar yapma ve dışkılama sorunlarının oluşabileceği ya da artabileceği,
- Eğer myom nedeniyle ameliyat önerilmiş ise myomun büyüyebileceği ve bu nedenle baskı belirtileri yapabileceği, kötü huylu özelliğe geçişebileceği (sarkomatöz dönüşüm), yumurtalıkların muayene veya görüntülenmesini engelleyerek yumurtalık hastalıkları açısından tanısal gecikmelerinin yaşanabileceği,
- Eğer rahim iç tabakası (endometriyum) anormallikleri nedeniyle ameliyat önerilmiş ise bu anormalliklerin tipine bağlı olmakla birlikte arasında kötü huylu hale dönüşebileceği.
- Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik



**RAHİM ALINMA (HİSTEREKTOMİ) VE EK OLARAK YUMURTALIK VE TÜPLERİN İKİ
TARAFLI ÇIKARTILMA (SALPİNGOOFEREKTOMİ) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.
- ✓ Dosyadaki tüm verilerin bilimsel çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin, bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

ONAY BİLGİLERİ

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr. nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

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

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

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.