



BASİT ORŞİEKTOMİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyet:

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 yakınına 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:.....

TEDAVİNİZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Bu ameliyat genel veya lokal anestezi altında yapılabilir. Hastalığınıza bağlı olarak, enfeksiyon varlığında enfeksiyonun kontrol altına alınabilmesi için (epididimoorşit, testiküler abse, Fournier gangreni, tedaviye dirençli fistül), testis torsiyonu (testisin kendi etrafında dönerek kan akımının bozulması) veya geçirilen travmaya bağlı olarak testis /testislerin artık fonksiyon göstermemesi yada kanamanın kontrol altına alınması nedeniyle, prostat kanseri varlığında testislerden üretilen hormonların hastalığın daha hızlı ilerlemesine neden olması nedeniyle testislerin cerrahi olarak alınması gerekmektedir. Testislerin bulunduğu skrotum orta hattın yapılan 3-5 cm.lik kesi ile gerçekleştirilir. Operasyondan sonra bir dren yerleştirilir.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ:

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

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.



BASİT ORŞİEKTOMİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ

Bir Ameliyatın Riskleri

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.

Bu Ameliyatın Riskleri

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

- Operasyondan sonra skrotumda belirgin ödem gelişebilir (%5-15).
- Eğer her iki testis alındıysa esas olarak erkeklik hormonu üreten dokuların kaybı meydana gelir. Bu durum erkek cinsiyet özelliklerini ve cinsel fonksiyonu etkiler (%100).
- Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarıklık veya ağrılı olabilir (%1-2).
- Özellikle şişman hastalarda, kısmen veya tamamen yara yeri açılması gelişebilir (%1-2).
- Yara yeri enfeksiyonu gelişebilir ve antibiyotik ile tedavi edilmesi gerekir. Nadiren ek cerrahi ihtiyacı gerekebilir (%2-4).
- Kilosu fazla kişilerde ve sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır (%1 den az).

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Prostat kanseri hastalığı varlığında hastalığın geriletmek ve ilerlemesini durdurmak amaçlanmaktadır. Diğer nedenlerle yapılan orşidektomi operasyonu hastayı enfeksiyondan ve enfeksiyonun ciddi yan etkilerinden korumak, ağrıyı azaltmak ve diğer testise olabilecek olumsuz etkilere (kısırlık) engel olmak.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Ameliyat sonrası başarı hastanın testis veya testislerinin komplikasyon gelişmeksizin çıkarılmasıdır. Başarı şansı %100'dür.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Bu işlem prostat kanseri için yapılıyorsa alternatif olarak hormon üretimini önlemek amacıyla aylık ya da 3 aylık hormon içeren iğneler kullanılabilir ancak bu tedavi pahalı ve enjeksiyon yerinde hassasiyet, kızarıklık ve ağrı gibi yan etkilere neden olabilir.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI/DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:



BASİT ORŞİEKTOMİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Ameliyat olacağınız geceden itibaren hiçbirşey 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

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Prostat kanserli hastalar için: Hastalık daha hızlı ilerler ve diğer organlara sıçrayabilir (metastaz).

Enfeksiyon varlığında testisteki enfeksiyon kontrol altına alınamaz ve tüm genital bölgeye ve vücuda yayılabilir hatta kana karışabilir ve ölüme kadar ilerleyebilen ağır bir enfeksiyon tablosuna yol açabilir.

Torsiyon varlığında işlev görmeyen testis enfekte olabilir veya vücudun savunma sistemi tarafından oluşturulan antikorlar nedeniyle diğer testis etkilenebilir ve kısırlığa kadar giden bir tablo ortaya çıkabilir. Torsiyon için ek cerrahi ve tıbbi tedaviler gerekebilir.

Travma varlığında kanama kontrol edilemeyebilir, enfeksiyon gelişebilir ve ek cerrahi ve tıbbi tedavilere ihtiyaç duyulabilir.

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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

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



BASİT ORŞİEKTOMİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

veriyorum.

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.