



MOBİL / İNMEMİŞ TESTİSTE ORŞİOPEKSİ 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:

Testis/testisler doğuştan torba içerisine inmemiştir, kasıkta ya da karın içerisinde kalmış veya tamamen kaybolmuşlardır. Bazen de torbaya inmiş olan testis kanala geri kaçmakta ve bir süre kanal içinde kalmaktadır. Bu durumların varlığı ileride çocuk sahibi olma yeteneğinde azalmaya neden olabilir.

Ayrıca normal zamanında skrotuma inmemiş testisler testis tümörü açısından artmış riske sahiptirler.

Bu nedenlerle testis/testisler'in cerrahi bir işlemle skrotuma (torbaya) indirilmesi gerekmektedir. Mobil testis (migrating testis) varlığında bu operasyon sadece kesede yapılan 1 cm'lik kesi ile yapılır.

İnmemiş testisin cerrahi onarım ile normal pozisyona getirilmesi amaçlanır. Kasık üstünde 2-4 cm'lik ve skrotumda 1 cm'lik kesi ile operasyon gerçekleştirilir.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: İnmemiş Testise Orşiopeksi Uygulaması

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.



MOBİL / İNMEMİŞ TESTİSTE ORŞİOPEKSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

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

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:

1- Testisler düzgün pozisyonlarda yerleştirilemezse yeni ameliyat gerekebilir (%1).

2- Herni (fıtık) görülürse tedavisi gerekebilir.

3- Skrotumda gözle görülür şişme ve morarma olabilir (Zamanla ortadan kalkar)(%3).

4- Nadir olarak testisler küçülebilir ve fonksiyonunu yitirebilir (%0,7).

5- Bazı durumlarda testislerin çıkarılması gerekebilir (çok ender).

6- Eğer testisler kasıkta bulunamazsa karnın içinde aranması gerekebilir. Bu durumda daha büyük kesi yapılır.

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Ameliyatla indirilen testisin sperm üretme yeteneğinde düzelme.

İleride oluşabilecek testis tümörünün erken tanısı için kolaylık sağlar.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Testislerin cerrahi olarak skrotuma indirilme başarıları genel olarak testisin bulunduğu yere bağlı olarak değişmektedir. En sık görülen “inmemiş testis” durumu testisin “yüzeyel kasık bölgesinde” bulunmasıdır. Bu durumda testisin skrotuma indirilme başarıları %95’ler civarındadır.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Operasyon öncesi hormon tedavisi denenebilir.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI/DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı



MOBİL / İNMEMİŞ TESTİSTE ORŞİOPEKSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

1 hafta sonra dikişlerinizi aldirmalısınız. 2 aylık bir sürede ağır egzersizden kaçınmalısınız.

Size önerilen tarihler ve zaman aralıklarında tariflenen durumlar için kontroller yaptırmalısınız.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Yeterli ve kaliteli sperm üretimi yapılamaz. Kısırlık gelişebilir. Testis kanseri gelişme riski normal popülasyona oranla daha yüksektir. Testis/testisler normal hormon üretim fonksiyonlarını yerine getiremeyebilir.

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 veriyorum.



MOBİL / İNMEMİŞ TESTİSTE ORŞİOPEKSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

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.