



## SÜNNET AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.100
Yayın Tarihi	23.10.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	01.07.2016
Sayfa no	2/1

### Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Genel veya lokal anestezi kullanılır. Penis ucunu çepçevre saran sünnet derisi cerrahi olarak çıkarılacak ve kalan deri penis ucuna çepçevre dikilecektir.

### AMELİYATIN RİSKLERİ

1. Penis, estetik olarak memnun edici görüntüde olmayabilir
2. İşlem sırasında penis uç kısmı yaralanabilir. Bu durumda ek cerrahi girişim gerekebilir.
3. Ameliyat sonrası işlemin uygulandığı bölgede kanama olabilir. Bu durumda ek tedavi uygulanabilir
4. Fazla sünnet derisi kalırsa işlemi tekrarlama ihtiyacı olabilir.
5. Oluşan skar dokusu, idrarın penis ucundan akışını engelleyebilir
6. Enfeksiyon çocuklarda kana karışabilir. Bu durumda antibiyotik tedavisi uygulanabilir.

**Sünnet hakkında bilmeniz gerekenler:** Sünnet derisi altında enfeksiyon vardır. Sünnet derisi tam açılmamakta ve beyaz renkli akıntı olmaktadır. Tedaviye yanıt vermeyen fimozis (sünnet derisi yapışıklığı), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirilmesi, vezikoüreteral reflü (idrarın mesaneden böbreğe geri kaçıışı), işeme bozukluğu ve balanit(penis başı enfeksiyonu) varlığında planlanarak, parafimozis (sünnet derisinin geri çekilmesi ve yerine getirilememesi durumunda kanlanmanın bozulması) varlığında ise acilen yapılması gereklidir

**Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:**2 gün antiseptik solüsyonla penis başını silmelisiniz.1 hafta dikişler dökülene kadar banyo yapmamalısınız.

### Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum ve yapılacak girişime onay veriyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 30 – 45 dakikadır.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....  
.....

## SÜNNET AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.100
Yayın Tarihi	23.10.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	01.07.2016
Sayfa no	2/2

Tarih:...../...../..... Saat:

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: