

**Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi**

Doktorum tarafından yapılması istenilen işlemin Perkütan kist aspirasyonu olduğu,  
Bu işlemin, ciltten içeri ilerleyerek böbrekteki kiste iğne ile girilmesi ve kist içeriğinin boşaltılması olduğu,  
**Bu işlemin beklenen komplikasyon ve sağlığım açısından neden olabileceği riskleri;**

- İdrar kaçağı ve bunun sonucunda meydana gelebilecek abse,
- Kanama
- Lokal anesteziye rağmen böbrek içerisindeki iğne hareketlerinde ağrı,
- Böbrek bozukluğu ve harabiyet gelişebileceği,
- Gelişebilecek sepsis denilen hayati tehdit yaratabilecek klinik durum
- İşlem sonrası gelişebilecek idrar yolu enfeksiyonu,
- İşlem anında oluşabilecek ağrı
- İşlem sonrası tansiyon düşüklüğü ya da bayılma
- Anesteziye bağlı komplikasyonlar (exitus dahil)
- İşlem öncesi verilen antibiyotiklere bağlı allerjik reaksiyondan ölüme kadar varabilecek tüm yan etkiler, açık bir dille anlattı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım.

Hastalığımla ilgili olarak doktorumun bana önerdiği yöntemin adı, **Perkütan kist aspirasyonu**

- 1.Doktorumun tarafıma açıklanan tüm bilgileri anlamış ve gerekli gördüğüm tüm konularda aydınlatılmış olarak doktorumun hastalığımla ilgili olarak bana önermiş olduğu tedavi yönteminin şahsıma uygulanmasına ve bu esnada tıbben gerekli görüldüğü taktirde şahsım ile ilgili ek girişimlerde bulunulmasına rıza gösteriyorum.
- 2.Hastalığımla tedavisi için önerilen ve tarafımdan kabul edilen tıbbi girişim ve tedavi yöntemi icra edilirken uygun görülecek anestezi yönteminin uygulanmasına rıza gösteriyorum.
- 3.Şahsıma uygulanacak tıbbi girişim ve tedavi sırasında tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere fotoğraf çekilmesi ve/veya video kaydı yapılmasına, kimliğimin gizli tutulması koşulu ile rıza gösteriyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 30 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:

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: