



CERRAHİ STERİLİTE İŞLEMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.176
Yayın Tarihi:	04.06.2014
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	01.07.2016
Sayfa no:	2/1

Sayın Hasta. Sayın Veli / Vasi

Operasyon: Yumurtalık üzerinden 1-2 cm'lik kesi ile girilip meni kanalları bağlanacaktır. Bu operasyondan sonra kanalların tekrar düzeltilmesi mikrocerrahi ile ancak %15 civarında mümkündür.

İşlemden sonra ortalama 2 ay daha korunma uygulanmalıdır. Sperm testinde; sperm kalmadığı tespit edildikten sonra korumasız ilişkiye geçilmelidir.

Operasyon bölgesinde enfeksiyon, kanama, hematoma oluşabilir. Bunlar ilaç ya da tekrar girişimle düzeltilebilir.

Bir Ameliyatın Genel 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 pıhtıların bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.

c- Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

d- İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

Aşağıda imzası bulunan ben, yolu ile kendi üzerimde sterilizasyon yaptırmak istiyorum. Bu karara, hiç kimsenin zorlaması olmaksızın serbest olarak vardım.

Aşağıda yazılı hususları anlamış bulunuyorum.

- Kendim ya da eşim için geçici koruma yöntemleri mevcuttur.
- Bana yapılacak, cerrahi bir işlemdir ve ayrıntıları bana anlatıldı.
- Bu cerrahi işlemin yararları yanı sıra risklerinin de olduğu bana izah edildi.
- Yapılacak işlem başarılı olduğunda artık çocuğumun olmayacağını bilmekteyim.
- Yapılacak işlemin etkisi sürekli dir.
- Bu işlem yapılmadan önce her an fikrimi değiştirip vazgeçebilirim, bu sebebe bağlı sağlık sisteminden yararlanmamda bir engelleme söz konusu olmayacaktır.

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 : 60 – 90 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.



CERRAHİ STERİLİTE İŞLEMİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.176
Yayın Tarihi:	04.06.2014
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	01.07.2016
Sayfa no:	2/2

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;
Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza:	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit** Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: