



İNTRAKAVERNOZAL İNJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.186
Yayın Tarihi	24.01.2015
Rev.No	01
Rev.Tarihi	01.07.2016
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur.

Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz

Rutin laboratuvar incelemelerinden sonra ikinci basamakta önerilen tanı yöntemi intrakavernozal(penis içine uygulama) uyarıcı (ereksiyon-sertleşme oluşturan) ilaç injeksiyonlarıdır. Erektile disfonksiyonun daha ileri yöntemler ile araştırılması gereken olgularda, intrakavernozal injeksiyonlar ile ereksiyon mekanizmasının hemodinamik olarak değerlendirilmesi ilk basamağı oluşturmaktadır. Papaverin, fentolamin, prostaglandin gibi maddeler erektile disfonksiyonun hem tanı ve değerlendirmesinde, hem de tedavi amaçlı tek tek veya çeşitli kombinasyonlarla kullanılmaktadır.

İntrakavernozal injeksiyon, işlemi konusunda uzman hekim (üroloji uzmanı) tarafından yapılır. İşlem injeksiyon sonrası gözlem süresiyle birlikte yaklaşık **10-60 dakika** sürmektedir. İnjektör penis içerisinde ilaç zerki şeklinde ve penis köküne doğru penis yan tarafından ince uçlu enjektör yardımıyla uygulanır. İntrakavernozal injeksiyonlar kullanılarak yapılan tanısal değerlendirmeler sırasında ve sonrasında şiddetli ağrı, injeksiyonun yapıldığı bölgede hematoma (cilt altı alanda kanama) morarma, müdahale gerektiren uzamış ereksiyon (priapizm), geçici hipotansiyon ve uzun dönemde korpus kavernozaum içinde fibrotik (penis dokusunun normal yapısı dışında değişim göstermesi) değişiklikler sonucu penil deviasyon gelişimi gibi önemli yan etkiler oluşabilmektedir. İntrakavernozal injeksiyonun nadiren de olsa peniste abse ve sepsise (enfeksiyonun kan yoluyla tüm vücuda yayılması durumu) yol açtığı da bildirilmiştir. İntrakavernozal injeksiyona bağlı oluşan ereksiyon 4-6 saatlik süre içerisinde normale dönmezse bu durumun tıbbi müdahale ile sonlandırılması gerekmektedir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda zaman geçirmeden işlemi uygulayan hekime ve/veya işlemin uygulandığı hastaneye başvurulması gerekmektedir. İntrakavernozal injeksiyona bağlı ereksiyona bağlı ereksiyonun 6 saatten daha fazla sürdüğü durumlarda işleme bağlı erektile disfonksiyon ve penis dokusunda kalıcı hasar görülme olasılığı vardır.

Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

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.



İNTRAKAVERNOZAL İNJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.186
Yayın Tarihi	24.01.2015
Rev.No	01
Rev.Tarihi	01.07.2016
Sayfa no	2/2

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: