

Sayın Hasta, Veli / Vasi

Doğuma bağlı olarak ya da gelişimsel olarak vajina genişliğinin aşırı artması cinsel ilişki sırasında bir sorun haline gelebilir. Özellikle doğum sırasında oluşan ve onarılmayan yırtıklar bu durumu daha da ağırlaştırır. Vajina genişliğini azaltan, daraltıcı bir ameliyat uygulanması halinde bu problem ortadan kaldırılabılır.

Genel anestezi altında yapılabilen bu işlemde, boydan boya vajina çapını azaltacak şekilde doku çıkarılarak dikilir. Dikişlerin alınması gerekmez. İki hafta kadar hijyene dikkat etmek gerekir. Operasyon bölgesi antiseptik banyolarla yıkanmalıdır.

İşlem öncesinde muayene yapılır. Ne kadar bir daraltma gerekeceği konusunda değerlendirmeyi takiben, bölge lokal anestezi altında uyuşturularak ya da genel anestezi yapılarak işleme başlanır. Boydan boya vajina daraltılması için, gerekli doku çıkarılır ve kendiliğinden eriyen dikişler kullanılarak bu alan kapatılır.

YÖNTEME AİT RİSKLER

Karşılaşılabilecek komplikasyonlar şunlardır.

- Kanama: Erken dönemde hijyene dikkat edilmemesine bağlı enfeksiyon ya da erken bir travma olması durumunda bölgede bir kanama olması mümkündür. Genellikle basit pansumanlarla durabilecek boyutlardadır. Nadiren ikinci bir cerrahi girişimi gerektirir.
- Enfeksiyon: Hijyene dikkat edilmemesi, erken cinsel ilişkiye girilmesi durumunda bölgede antibiyotik kullanılması gerektirecek ve pansuman yapılmasına yol açacak enfeksiyonlar gelişebilir.
- Yara ayrışması: Dikişlerin aşırı gerilmesine bağlı olarak yara ayrışması söz konusu olabilir. Bunlar genellikle pansumanlarla kapanabilecek boyutlardadır. Nadiren yeniden dikiş atılması gerekebilir.
- Aşırı darlık: Planlama sırasında gerektiğinden fazla miktarda doku çıkarılacak olursa aşırı darlık bir cinsel ilişkiye engel olabilecek boyutlarda olabilir.

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 45 – 60 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.



**VAJEN DARALTIMA
(VAJİNOPLASTİ) AMELİYATI İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.2013
Yayın Tarihi	15.11.2018
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
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: