

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi vermektedir.

Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul yada reddedebilirsiniz.

Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Diagnostik ve/ veya Girişimsel Histereskopi :

Tanı ve İşlem: Soğuk ışık kaynağı olan özel bir optik aletle rahim içi sıvı ile doldurulduktan sonra rahim iç tabakası gözlenmesi ve küçük el aletleri kullanılarak rahim içi girişimlerin yapılması işlemidir. Genel anestezi ya da bölgesel (epidural) anestezi altında rahim ağzı genişletildikten sonra rahim içi sıvı ile doldurulur ve optik cihaz rahim içine ilerletilir. Histereskopi ile rahim iç tabakası değerlendirilir.

Gerekli görüldüğü koşullarda varsa rahim içi yapışıklıklara, myomlara ve anormal yapılara (polip gibi) histereskopik olarak müdahale edilebilir.

Cerrahi İşlem Riskleri : Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan **enfeksiyon**, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, **kanama**, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölüm olabilir. Cerrahi girişim riskleri özellikle şişman, daha önce karın ameliyatı geçirmiş ya da mevcut bir hastalığı olanlar (örneğin kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı) ve sigara içenlerde daha yüksektir.

Histereskopiye Özel Cerrahi Girişim Riskleri;

1. Rahim ağzının zedelenmesi, yırtılması, gerekirse rahimin alınması riski
2. Rahimin delinmesi, çevre organların (barsaklar, mesane, büyük damarlar gibi) hasar görmesi, cerrahi düzeltilmesi zorunluluğu
3. Kanama ya da rahimin yırtılması sonucu rahimin alınması
4. Açılan damar ağızlarından hava girmesi ile bunun dolaşım ve kalbi ölüme vardırarak şekilde etkilemesi
5. Rahim içi boşluğun gözlenememesi
6. Rahim ağzındaki genişletilmeye bağlı rahim ağzında hasar ve sonraki gebeliklerde erken dönemde düşük riskinin ortaya çıkması
7. Girişim sırasında akciğerlerde sıvı birikimi (pulmoner ödem)
8. Yukarıda mevcut durumlardan biri veya birkaçı nedeniyle işlemin açık ameliyata (laparotomi) dönme ve zarar görmüş organların tamir veya çıkarılması riski bulunmaktadır.
9. Rahim içinde yapışıklık oluşması ya da önceden mevcut olan yapışıklıkların devam etmesi söz konusu olabilir.
10. Uyutma veya uyuşturulmada kullanılan ilaçlara veya ameliyatta kullanılacak ilaçlara karşı beklenmeyen cevaplar (reaksiyonlar) gelişebilir.
11. Yukarıda belirtilen türde zedelenme veya zedelenmeler, o sırada veya daha sonra bir ameliyat yapılmasını gerektirebilir.

İşlemin Alternatifleri:

- Girişim yapılmadan görüntüleme teknikleri (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans)
 - Mevcut sorunum ne olduğunu aydınlatmaya yönelik yapılması önerilen bu işlem yapılmadığında durumumun ne olduğu anlaşılabilir ve ileride önerilen tedavim eksik veya yanlış planlanabilir. Eş zamanlı yapılabilecek bazı girişimler ile tedavime yönelik işlemler eksik kalabilir. Böylece durumum daha kötüye gidebilir.
- Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceği, genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir.

Hasta, Vekil 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 / girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım
- Tanı / tedavi / girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilirliğini açıkladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim şekilde 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 : 30-90 dakikadır

DİAGNOSTİK / GİRİŞİMSEL HİSTERESKOPI AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.60
Yayın Tarihi	18.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	26.09.2016
Sayfa no	2/2

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; hastalığınızı, 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: