



# ÜRETEROLİZİS AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/268	10.10.2019	-	-	Sayfa 1 / 3

## Hastanın Barkodu:

Sayın hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınıza ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, "Hasta bilgilendirme ve rıza belgesini geri çekme tutanağı" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

## Aşağıda imzası olan bana:

- Hastalığının tanısının retroperitoneal fibrozis olduğunu,
- Tedavi olmazsam sağlık durumumda aşağıdaki belirtilen değişikliklerin gerçekleşeceğini, Hastalığın ilerlemesi sonucu oluşabilecek ve hayatı tehdit edebilecek problemler.
- Bu hastalığın tedavisi için uygulanabilecek tedavi yöntemlerinin ve risklerinin,

- Karın cildinde ameliyat kesi izine bağlı skar (iz)
- Karın içi organlarda oluşabilecek kanama, perforasyon, yaralanma
- Allerjik reaksiyonlar
- Major damar yaralanması, buna bağlı kanama ve ölüm
- Sempatik sinir hasarına bağlı oluşabilecek retrograd ejakülasyon ve emisyon kaybı
- Rezidü kitle kalması olduğu

Hastalığımla ilgili tedavi seçenekleri arasında doktorumun bana önerdiği yöntemin adının, Retroperitoneal fibrozis ameliyatı (üreterolizis) olduğu açık bir dille anlatıldı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım.

Önerilen tedavi yöntemi hastalığımla ilgili olarak şahsıma şu biçimde uygulanacaktır: Genel anestezi altında açık cerrahi teknik ile üreterlerin karın arka duvarından serbestleştirilmesi.

Önerilen tedavi yönteminin sağlığınıza açısından neden olabileceği riskler şu biçimdedir:

- Ameliyat pozisyonu verilirken oluşabilecek travmalar
- Hasta nakil sırasında oluşacak travmalar
- Kan alımı sırasında oluşabilecek komplikasyonlar
- Anesteziye bağlı komplikasyonlar: Laringospazm, alerji ve buna bağlı ölüm, ameliyat sonrası dönemde boğaz ağrısı, akciğer komplikasyonları (pnömoni, atelektazi )
- Allerjik reaksiyonlar ve buna ikincil ölüm

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



# ÜRETEROLİZİS AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/268	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

- Daha öncesinde tanı almamış konjenital hastalıkların perioperatif dönemde ortaya çıkması ve buna bağlı ölüm
- Perioperatif ve postoperatif oluşabilecek travma, kanamalar
- Perioperatif ve postoperatif kanama ve buna bağlı ölüm
- Kan transfüzyonu sırasında oluşabilecek komplikasyonlar
- Perioperatif ve postoperatif kardiyovasküler, pulmoner problemler ve bunlara bağlı ölüm
- Yara yeri enfeksiyonu

1. Doktorumca tarafıma açıklanan tüm bilgileri anlamış ve gerekli gördüğüm tüm konularda aydınlatılmış olarak doktorumun hastalığım ile 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. Hastalığımın tedavisi için önerilen ve tarafımca 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.

## **Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılacağı:**

Sağlık mevzuatı gereği bir bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konu ve sosyal güvenceniz kapsamında resmi ve özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Hastanemizde 24 saat sağlık hizmeti sunulmakta olup gerektiğinde bizzat hastanemize başvurabilirsiniz.

## **Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:**



# ÜRETEROLİZİS AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/268	10.10.2019	-	-	Sayfa 3 / 3

## 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/girişimden 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.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Aşağıdaki kutu içine kendi el yazınızla:

**“Okudum, anladım, kabul ediyorum, bir nüshasını elden teslim aldım.”**  
yazınız...

Hastanın Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 1. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 2. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

Tarih: ...../...../..... Saat:.....

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR