



İNTRAKAVERNOZAL ENJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

Mudanya Devlet
Hastanesi

Doküman Kodu
HD.RB.66

İlk Yayın Tarihi
10.03.2020

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa No
1 / 3

Hastanın Barkodu:

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 verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız

İşlemden Beklenen Faydalar

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

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Mevcut sertleşme sorunu devam edebilir.

İşlemin Alternatifleri

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 ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz

İşlemin Riskleri ve Komplikeasyonları

Enjeksiyon penis içerisinde ilaç zerki şeklinde ve penis köküne doğru penis yan tarafından ince uçlu enjektör yardımıyla uygulanır. İntrakavernozal enjeksiyonlar kullanılarak yapılan tanısal değerlendirmeler sırasında ve sonrasında şiddetli ağrı, enjeksiyonun yapıldığı bölgede hematoma (cilt altı alanda kanama) morarma, müdahale gerektiren uzamış ereksiyon (priapizm), geçici hipotansiyon ve uzun dönemde korpus kavernozum içinde fibrotik (penis dokusunun normal yapısı dışında değişim göstermesi) değişiklikler sonucu penil deviasyon (eğrilik) gelişimi gibi önemli yan etkiler oluşabilmektedir.

İntrakavernozal enjeksiyonun nadiren de olsa peniste abse ve sepsise (enfeksiyonun kan yoluyla tüm vücuda yayılması durumu) yol açtığı da bildirilmiştir. İntrakavernozal enjeksiyona 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



İNTRAKAVERNOZAL ENJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

Mudanya Devlet
Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD.RB.66	10.03.2020			2 / 3

uygulayan hekime ve/veya işlemin uygulandığı hastaneye başvurulması gerekmektedir. İntrakavernozal enjeksiyona bağlı ereksiyona bağlı ereksiyonun 6 saatten daha fazla sürdüğü durumlarda işleme bağlı erektil disfonksiyon ve penis dokusunda kalıcı hasar görülme olasılığı vardır. Özellikle kalp hastalarında daha fazla olmak üzere, işlem sonrası çok nadir de olsa ölüm olabilir.

İşlemin Tahmini Süresi

İntrakavernozal enjeksiyon işlemi konusunda uzman hekim (üroloji uzmanı) tarafından yapılır. İşlem enjeksiyon sonrası gözlem süresiyle birlikte yaklaşık **10-60 dakika** sürmektedir.

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 Ulaşılabileceği

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: 0 224 280 16 00/01

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Hasta veya Hukuki Olarak Sorumlu Kişinin Onayı

Bu onam formunu imzalayarak: tedavinizle ilgili olarak tarafınıza yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurunuz kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğünüzde onay vermek ve tedavinizle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere eşinizi yetkili kılacaksınız.



İNTRAKAVERNOZAL ENJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

Mudanya Devlet
Hastanesi

Doküman Kodu HD.RB.66	İlk Yayın Tarihi 10.03.2020	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No 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 kullanılabilmesi 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:.....