



# SİSTOLİTOMİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/245	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.

## Önerilen Tedavi

Doktorum bana idrar torbamın (mesane) içinde taş olduğunu açıkladı ve bana sistolitotomi operasyonunu önerildi. Bu işlem, idrar torbası içindeki taşların açık ameliyatla çıkarılması anlamına gelir. Genel anestezi altında karın duvarına göbek deliğinin altında yaklaşık 5 cm bir kesi ile idrar torbasına (mesane) ulaşılarak, mesane açılır. Mesane içerisindeki taş çıkarılır. Bir kateter (sonda) mesane içerisine idrar kanalı yoluyla takılarak bırakılır. Bir gün boyunca (ya da daha uzun bir süre) tutularak bu bölgenin iyileşmesi sağlanır.

## Riskler

Aşağıda anlatılanlar en sık rastlanılan risklerdir ve listelenmeyen bazı ender riskler de olabilir. Lütfen üroloğunuza genel ya da özel herhangi bir endişeniz var ise danışınız. Anestezi ile ilgili risklerin neler olduğunu anladım (ayrı düzenlenmiş olan anestezi bilgilendirme formuna bakınız). Bedenimde kullanılan ilaçlardan herhangi birisine bağlı olarak bir yan etki gelişebilir. En sık yan etkiler hafif baş ağrısı, bulantı, cilt döküntüsü ve kabızlıktır.

Ben açık sistolitotominin aşağıdaki özel riskleri ve sınırlamaları getirdiğini anlıyorum:

- Mesane içerisinde tekrar taş oluşabilir ve bu işlemin tekrar yapılması gerekebilir.
- Doku iyileşmesi sırasında antibiyotik kullanmam gerekebilir ancak bütün alınan önlemlere rağmen yine de idrar yolu enfeksiyonu gelişme ihtimali vardır.
- Yaramda, kızarıklık, ağrı, şişlik ve nadiren akıntı ile birlikte enfeksiyon oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler kullanılabilir, seyrek olarak yaranın bir kısmı açılabilir.
- Ameliyat esnasında, ameliyat sonrası kateterli iken veya kateter çıkarıldıktan sonra kanama olabilir. Bu kanama bazen ciddi olabilir ve kan transfüzyonuna veya ikinci bir operasyona ihtiyaç olabilir.

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



# SİSTOLİTOMİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/245	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

- Ameliyat bölgesinde ateş ve ağrıya yol açan apse gelişebilir. Bu durumda ultrason eşliğinde apse boşaltılabilir veya başka bir ameliyata ihtiyaç olabilir. Bu nadir bir sorundur.
- Operasyon sonrası kateter çıkarıldıktan sonra idrar yapamayabilirim ve bu nedenle sonda tekrar takılarak daha uzun dönem sondalı kalabilirim.
- Bu risklerin bazılarında sigara içiyorsam, aşırı kilolu isem, şeker hastası isem, yüksek tansiyonumun varsa ya da daha önceden kalp hastalığım varsa daha yatkın olduğumu anlıyorum.
- Operasyon sırasında veya sonrasında ağır komplikasyonlar nadirdir ve de nadiren ölüme sonuçlanabilir.
- Eğer sigara içiyorsam, kiloluysam, şeker hastasıysam, yüksek tansiyonum varsa veya öncesinde bilinen bir kalp hastalığım varsa bazı risklerin görülme olasılığının daha fazla olacağını anladım.

## Hasta/koruması/vekili tarafından tebliğ:

Ben bu formu okuduğumu, üroloğumun bu ameliyat ve alternatif tedaviler hakkında beni bilgilendirdiğini, benim özel sorularıma ve endişelerime cevap verdiğini kabul ediyorum.

Üroloğumun operasyon sırasında değerlendirip vereceği kararlar doğrultusunda gereken diğer bütün ek işlemleri yapmasına onay veriyorum.

Ben üroloğumun operasyon sırasında değerlendirmesine bağlı olarak gereken diğer bütün ek işlemleri yapmasına katılıyorum. Üroloğum dışında başka bir üroloğun operasyonumu yapabileceğini kabul ediyorum.

Operasyon esnasında çıkarılan taşların hastane yönetimi tarafından ortadan kaldırılmasına onay veriyorum. Bazı dokuların veya örneklerin hastane kayıtlarım veya bilimsel araştırmalar için saklanması gerektiğini anlıyorum.

Bu formun bir örneğini kendime aldım.

## 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:

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



# SİSTOLİTOMİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/245	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.
- Aklım 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