



# TRANSÜRETRAL PROSTATİK STENT YERLEŞTİRİLMESİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/260	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 sağlığınız 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 sağlığınız 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. İstedığınız 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:

- Hastalığımın tanısının primer veya sekonder testis yokluğu olduğunu,
- Tedavi olmazsam sağlık durumumda aşağıdaki belirtilen değişikliklerin gerçekleşeceğini,
- Bu hastalığın tedavisi için uygulanabilecek tedavi yöntemlerinin ve risklerinin,
  - Erken dönemde kanama ve enfeksiyon.
  - Skrotumda oluşabilecek cilt nekrozu
  - Fistül oluşumu ve bu sebeple yapılması muhtemel ikinci bir operasyon
  - Komplet ayrılma ve ikinci operasyon olabileceği açık bir dille anlattı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım.

Hastalığımla ilgili tedavi seçenekleri arasında doktorumun bana önerdiği yöntemin adı: Testis Protez implantasyonu uygulanması.

Önerilen tedavi yöntemi hastalığımla ilgili olarak şahsıma şu biçimde uygulanacaktır: Genel veya lokal anestezi altında, açık cerrahi teknik ile

Önerilen tedavi yönteminin sağlığım açısından neden olabileceği riskler şu biçimdedir:

- Bu operasyon sırasında, öncesinde veya sonrasında operasyon pozisyonuna ve nakile bağlı olarak gelişebilecek travmalar ve buna ikincil ağrı, hareket kaybı veya sinir hasarı olabileceği,
- Gerekli tetkikler için kan alınması veya parenteral tedavi verilmesi sırasında veya vasküler giriş sağlanırken oluşabilecek travma, kanama ve izleyebilen ağrı ile yüzeysel doku yaralanmaları olabileceği, işbu travmalara bağlı tromboz, tromboflebit veya sellülit gibi komplikasyonlar olabileceği ve bu komplikasyonların tedavisinin hastanede yatış süresini uzatabileceği,

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



# TRANSÜRETRAL PROSTATİK STENT YERLEŞTİRİLMESİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/260	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

- Anesteziye bağlı komplikasyonlar: Laringospazm, alerji ve buna bağlı ölüm, postoperatif dönemde boğaz ağrısı, akciğer komplikasyonları (pnömoni, atelektazi) olabileceği,
- Allerjik reaksiyonlar ve buna ikincil ölüm olabileceği,
- Daha öncesinde tanı almamış konjenital hastalıkların perioperatif dönemde ortaya çıkması ve buna bağlı ölüm olabileceği,
- Perioperatif ve postoperatif oluşabilecek travma, kanama,
- Operasyon sırasında meydana gelebilecek damar yaralanmaları bunlara bağlı kanama ve kanamaya bağlı penis amputasyonu,
- Perioperatif ve postoperatif kardiyovasküler, pulmoner problemler ve bunlara bağlı ölüm olma olasılığı olduğu,
- Yara yeri enfeksiyonu olabileceği ve olduğu takdirde antibiyotik tedavisi ve protezin tekrar çıkarılması gerekeceği,
- Operasyon sonrasında glans penis ereksiyonunun olmayabileceği,
- Testikuler/skrotal ödem, enfeksiyon görülebileceği,
- Perioperatif ve postoperatif kanama ve buna bağlı ölüm olabileceği.

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 takdirde şahsım ile ilgili ek girişimlerde bulunulmasına, rıza gösteriyorum.

Hastalığımın tedavisi için önerilen ve tarafımca kabul edilen tıbbi girişim ve tedavi yöntemi icra edilirken uygun görülecek anestezi yönteminin uygulanmasına, rıza gösteriyorum.

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 ulaşılabileceği:**

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



# TRANSÜRETRAL PROSTATİK STENT YERLEŞTİRİLMESİ AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/260	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