



VEZIKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/276	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:

- Hastalığının tanısının vezikovajinal fistül ve hipokomplian mesane olduğunu,
- Tedavi olmazsam sağlık durumumda aşağıdaki belirtilen değişikliklerin gerçekleşeceğini, Vajenden idrar akıntısının devam etmesi, tekrar eden enfeksiyonlar, enfeksiyonuna bağlı tekrarlayan ateş ve karın ağrısı, mesane kapasitesinin çok azalması.
- Hastalığımla ilgili tedavi seçenekleri arasında doktorumun bana önerdiği yöntemin adının, vezikovajinal fistül onarımı olduğu,
- Bu hastalığın tedavisi için yapılan ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında oluşabilecek risklerin şunlar olduğu:
 - Ameliyat pozisyonu verilirken oluşabilecek travmalar
 - Anesteziye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar (ölüm dahil)
 - Karın cildinde ameliyat kesi izine bağlı skar (iz)
 - Karın içi organlarda oluşabilecek kanama, perforasyon, yaralanma
 - Ameliyat sırasında mesane kapasitesini artırmak için kullanılacak barsak segmenti ile ilgili oluşabilecek sorunlar: Barsak segmentinin nekrozu, barsak anastomuzunda darlık, anastomoz kaçağı, karın içi kanama, abse oluşumu ve bunlara bağlı tekrar operasyon gerekebileceği
 - Allerjik reaksiyonlar
 - Major damar yaralanması, buna bağlı kanama ve ölüm
 - Peroperatif ve postoperatif kanama ve buna bağlı ölüm
 - Üretral, üreteral, rektal vajinal ve vezikal travma
 - İşlem sonrası üretral darlık, enfeksiyon
 - Postoperatif oluşabilecek idrar inkontinansı, mesane kapasitesinde azalma.
 - Postoperatif erken ve uzun dönemde vezikovajinal fistülün nüks etmesi

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/276	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

- Kan transfüzyonu gerekliliği ve transfüzyon sırasında oluşabilecek komplikasyonlar
- Postoperatif yara yeri enfeksiyonu, tromboemboli, ileus, enfeksiyon, sepsis
- Postoperatif dönemde üretral kataterle ilgili oluşabilecek problemler
- Perioperatif ve postoperatif kardiyovasküler, pulmoner problemler ve bunlara bağlı ölüm
- Tüm bu tedaviye karşın ameliyat sonrasında şikayetlerin devam etmesi, ya da tam geçmemesi ya da tekrarlaması.
- Augmentasyon sistoplasti yapılacağından, yeni oluşturulacak mesanenin yeterli kasılmaması ve buna bağlı olarak hayat boyu TAK (temiz aralıklı kateterizasyon) gerekebileceği açık bir dille anlatıldı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım
- 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.
- 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 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:



VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI AMELİYATI



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/276	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 kullanılacağı 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