

SNM ONAM FORMU

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: sıkışma tipi idrar kaçırma, kronik idrar yapamama ve gaita (büyük abdest) kaçırma tedavisi için devamlı sinir uyarımı sağlanarak bu şikayetlerin tedavisini sağlamaktır.

İşlemin Nasıl Yapılacağı: Bu işlemde kuyruk sokumundan mesanenizi uyaracak bir elektrot (iletken tel) yerleştirilecektir. Daha sonra bu elektrot vücut dışına çıkarılacak ve vücut dışından uyarıcı bir cihaz takılacaktır. Ortalama 2-4 hafta süresinde bu cihaz düzenli olarak sinyal gönderecek ve semptomlarınızda azalma olur ise kalça kısmınıza kalıcı pil (nörostimülatör) yerleştirilecektir.

İşlemin Başarı oranı: Başarı oranı hastanın durumu ve hastalığın seyrine göre değişiklik göstermektedir. İşlemin Tahmini Süresi: Hastanın durumu ve hastalığın seyrine göre 1 ile 3 saat arasında değişiklik göstermektedir. Genel riskler ve komplikasyonlar: Cerrahi işlem riskleri: Tedavisiz durumunun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Sakral sinir stimülasyonu daha önceden ameliyat geçirmiş kişiler (sezaryen ameliyatı) ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar, bağ dokusu hastalığı olanlar), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenlerde daha risklidir.

Yukarıda belirtilen riskler dışında ürojinekolojik cerrahi girişimler için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihab (enfeksiyon) gelişebilir.
- Cinsel işlev bozukluğu - Girişim sonrası idrar yapamama ve buna bağlı kısa ya da uzun dönemli mesane sondası takılması
- Mesane bölgesi ya da bacakta uzun süreli ağrı
- Sık sık idrara gitme, ani idrar yapma hissi ile beliren idrar kaçırmanın başlaması ya da devam etmesi
- Kuyruk sokumu bölgesinde ağrı, kızarıklık, akıntı.

- Kalça bölgesinde yerleştirilen cihaza bağlı ağrı, kızarıklık, akıntı olabilir. Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede kalça bölgesindeki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fitik gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir. Tedavi Olmazsanız: Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı: İdrar kaçırma yakınmam, idrar yapamama ya da gaita kaçırma gibi hastalıklarım devam eder, artabilir, bu durum benim yaşantımı bedeni ve psikolojik ve sosyal boyutta etkileyebilir.

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasındaki ağrı hissini, anestezi hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) ya da genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek baş ağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum. Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum. Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum / yakınım bana okudu. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanıdı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bana / yakınıma bu tedavinin / işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Hasta İle Direkt İletişimin Kurulamadığı Durumda İletişimi Sağlayan Kişinin (Örneğin Tercüman) Adı, Soyadı: İmzası: Hastanın Bilinci Açık İse Hastanın Bilinci Kapalı ve Yanında Yasal Temsilcisi var İse Tarih/Saat:..... İmza: Adı Soyadı:..... Okudum, Anladım Bir Nüshasını Teslim Aldım Yazılacak Tarih/Saat:..... İmza: Adı Soyadı:..... Okudum, Anladım Bir Nüshasını Teslim Aldım Yazılacak

..... HEKİM Adı Soyadı:..... Tarih/Saat:..... .. İmza:..... 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, 15–18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcisinden, Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.