**ÜRODİNAMİ TESTİ BİLGİLENDİRME ve AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ**

|  |
| --- |
| 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı, “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”un 70. maddesi ve 01 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı yönetmelikle değiştirilen 26. maddesi uyarınca tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastaya ya da kanuni temsilcisine imzalatılması gereken Rıza Formu’dur. **İki nüsha olarak düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir.** |

**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, lütfen hekiminize sorunuz.
* Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.
* **Onay veriyorsanız**, bu dokümanda **çerçeve içerisinde belirtilmiş alanı** imzalayınız.
* Tıbbi kayıtlarınız sizin dışınızda hiç kimse ile paylaşılmaz. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili bilgi ve dokümanlar **“Gizli Hasta Bilgilerinin Paylaşılmasına İlişkin Onam Formu”** ile yazılı onay verdiğiniz yakınlarınıza verilebilir.
* Size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

**1- Tıbbi Durum-Hastalık Hakkında Bilgilendirme**

Ürodinami mesanenin dinamik özelliklerini incelemeyi amaçlayan bir testtir. Mesane (idrar torbası) fizyolojinizle ilgili irdelenmesi gereken bir durumunuz mevcut (nörojen mesane, işeme disfonksiyonu, arefleksik mesane, tedaviye dirençli mesane hastalığı, posterior üretral valv gibi) olduğunda yapılır.

**2- Ürodinami Testi Hakkında Bilgilendirme**

**2a- Ürodinami Testi İle İlgili Önemli Hususlar**

Testten önce size yazılan reçetedeki ilaçları kullanmış olmanız gerekir (koruyucu antibiyotik ve kabız hastalar için kaka boşaltıcı lavman. İşlem için genel anestezi kullanılmaz. Nadiren sedasyon altında yapılır. Kateter takılması sırasında dış idrar kanalınıza verilecek olan kayganlaştırıcı jelin lokal anestetik etkisi mevcuttur. İnce bir üretral kateter ile mesanenize ılık serum fizyolojik uygun bir hızla verilecek ve mesaneniz doldurulacaktır. Eş zamanlı karın içi basıncını ölçmek için ince rektal katater de rektuma yerleştirilecektir. Dolum esnasında mesanenizin fonksiyonları (kapasitesi, basınçları, genişleyebilirliği, duyusu) incelecektir. Dolum safhasından sonra işemeniz istenecek ve işeme esnasındaki mesane fonksiyonları da incelenecektir. Bütün bu özellikler bilgisayar ortamına kaydedilecek ve doktorunuz tarafından yorumlanacaktır. Gerekli görüldüğü taktirde mesanenize kontrast madde içeren sıvı verilerek doldurma ve işeme sırasında floroskopi (canlı grafi/röntgen) ile görüntü alınacak ve filmler çekilecektir. Yine çoğunlukla cilt elektrotları kullanılarak eş zamanlı elektromyografi (üretranın dış sfinkter aktivitesini kontrol etmek için) testi de yapılacaktır.

**2b- Test Sonrasına İlişkin Önemli Hususlar**

İşlemden sonra size önerilen ilaç tedavisi ve kontrol önerilerine uyunuz.

Beklenmeyen bir durumda doktorunuzla irtibat kurunuz.

**3- Ürodinami Testinin Riskleri Hakkında Bilgilendirme**

Bazıları aşağıda açıklanmış olan istenmeyen durumlarla karşılaşma riski bulunmaktadır. Bunlar ender de olsa yeniden test yapmayı gerektirebilir. Belirtilen sorunların oluşmaması için gerekli önlemler alınacaktır. Aşağıda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden tahmin edilmesi oldukça güçtür.

**3a- Özel Riskler**

Bu testis taşıdığı bazı riskler ve komplikasyonlar mevcuttur:

1. Nadiren kateter takılmasında zorlanma olabilir. Buna bağlı olarak işlem sonrasında idrar yaparken yanma veya hafif kanama görülebilir.
2. İşleme bağlı olarak %1 oranında idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. Eğer aktif idrar yolu enfeksiyonu varsa bu risk çok daha yüksektir ve bu yüzden yeterli tedavinin alınıp idrar temizlendikten sonra işlemin yapılması gereklidir.
3. Bazen işlem sırasında kaynaklanabilecek teknik bir hata veya tetkikin istenen düzeyde iyi olmaması nedeniyle tetkikin tekrarı gerekebilir.

**4- Girişim-İşlem-Ameliyatın Yapılmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Riskler**

 İşlemin yapılmaması durumunda şikayetlerinize yol açan altta yatan sebep hakkında doğru bir kanaate varılamayabilir ve tedavinizin düzenlenmesinde sıkıntılar yaşanabilir.

**5- Maliyet**

Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, poliçeleri gereğince sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümleri geçerlidir; bazı durumlar kapsam dışında tutulabilir, hastalarımızın ek ödeme yapması gerekebilir. Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın tedavi masraflarınının kendileri tarafından ödenmesi gerekmektedir. Maliyet konusunda taleplerinizle ilgili olarak hekiminiz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilenmenizi sağlayacaktır.

**6- Diğer Bilgiler**

**7- Hastanın Bilgilendirilmiş Onamı**

1. Doktorum tarafından tıp dilinde ........................................................................................

 *(Hastanın tanısı doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)*

................................................................................................................................................

olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;

1. Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,
2. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.
3. Söz konusu test/işlemin ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.
4. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen test/işlem yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak onay ve yetki veriyorum.

.......................................................................................................................................................

 *(Yapılacak tıbbi müdahale doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)*

.......................................................................................................................................................

*Varsa taraf belirtiniz*: 🞏 Sağ 🞏 Sol .................................................................................

**Beş sayfadan** oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okutturduğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim.

 **Tarih:** .......... / ............. / .............

 **Hastanın ya da (\*)Hukuki Temsilcisinin**

**Adı Soyadı:** ............................................................. **İmzası**  

**(\*)Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi:** .............................

**Doktorun Adı Soyadı:** ............................................. **İmzası**  

**(\*\*)Çevirmen - Tanık Adı Soyadı:** ........................ **İmzası**  

**(\*)** Hastadan imza alınamadığı durumlarda;

(Hasta kimlik etiketi)

Hasta Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Protokol No:

* Çocuk hastanın anne / babasından,
* Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,
* Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

**(\*\*)** Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.