**HİDROSELEKTOMİ AMELİYATI 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**

Testis (yumurta), doğum öncesi bulunduğu böbrek komşuluğundan skrotuma (yumurta torbası) göç ederken karın içi organları saran periton da (karın zarı) eşlik eder. Testis indikten sonra bu zar kapanır. Bu zarın kapanmayıp açık kalarak, sadece karın içerisinden sıvı geçişinin olduğu duruma konjenital (doğuştan) hidrosel denir. Kasık bölgesinde ve/veya skrotumda şişlik oluşturur. Kesenin üst (karın) ve alt (skrotum) kısımları açık kalırsa kominikan hidrosel ismini alır. Bazen de sıvı sadece kasık bölgesinde belirgindir. Yani hidrosel kesesinin üst ve alt kısımları kapanmış, sıvı sadece kesenin orta kesiminde kalarak kist halini almıştır. Muayenede yalnızca kasık bölgesinde kitle ele gelir. Ultrasonografide bu kistik kitle olarak tanımlanır. Buna da kordon kisti denir. Hidrosel kesesinin üst kısmı kapalı alt kısmı açık ise kominike olmayan/testis hidroseli adını alır. Hidrosel doğuşdan olabileceği gibi sonradan da (travma, enfeksiyon, veya varikosel ya da fıtık ameliyatı vb. sonrası) gelişebilir. Diğer bir hidrosel grubu yapı itibariyle kum saatine benzeyen daha büyük olan abdominoskrotal hidroseldir. Doğuştan olan ve kasık fıtığının eşlik etmediği hidrosellerde (kominikan/kominikan olmayan) tedavi için 2 yaşına kadar beklenir. Sonrasında düzelme olmazsa cerrahi tedavi gerekir. Kasık fıtığı ile beraber görülen hidroseller ise tanı konulduğu zaman cerrahi olarak düzeltilmelidir.

**2- Girişim-İşlem-Ameliyat Hakkında Bilgilendirme**

**2a- Girişim-İşlem-Ameliyat Süreci İle İlgili Önemli Hususlar**

Bu ameliyatta genel anestezi kullanılır. Cilt kıvrımı çizgisine uygun yaklaşık 1-2 cm’lik bir kesi ile katlar geçilerek hidrosel kesesine ulaşılır. Kese testisin damarları ve spermatik kanaldan serbestlenerek karın içi ile bağlantılı açık olan üst tarafı yüksek seviyeden bağlanarak kapatılır. Testis tarafında kalan açık uç ise içi boşaltıldıktan sonra açılır veya ters çevrilerek dikilir. Ana prensip tekrar içeride sıvı birikmesini engellemektir. Sonrasında katlar anatomisine uygun kapatılır. Testisin torbada olmasına dikkat edilmelidir.

Ameliyat süresi, uygulanan işlemin tipine, işlemi uygulayan kişiye ve hastaya bağlı değişkenlik göstermekle birlikte genellikle 30-60 dakika arasındadır.

**2b- Girişim-İşlem-Ameliyat Sonrasına İlişkin Önemli Hususlar**

Hidrosel ameliyatı sonrası aynı gün içerisinde taburculuk işlemi gerçekleştirilir.

Dokuların iyileşmesi ve skrotumdaki şişliğin normal hale gelmesi 2-4 haftayı bulabilmektedir.

**3- Girişim-İşlem-Ameliyatın Riskleri Hakkında Bilgilendirme**

Bazıları aşağıda açıklanmış olan istenmeyen durumlarla karşılaşma riski bulunmaktadır. Bunlar ender de olsa yeniden girişim-işlem-ameliyata alınmayı da gerektirebilir. Belirtilen sorunların oluşmaması için gerekli önlemler alınacaktır. Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, nadir de olsa **ölüme** sebebiyet verebilir. Aşağıda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden tahmin edilmesi oldukça güçtür.

**3a- Özel Riskler**

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır:

1. Operasyondan sonrasında ameliyat bölgelerinde kanama ve enfeksiyon gelişebilir.
2. Cerrahiden sonra hidrosel tekrarlayabilir (%3-6).
3. Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara yeri kalınlaşabilir.
4. Cerrahi sonrası erken dönemde belirgin ödem gelişebilir (%10-12) ve skrotum boyutları

ameliyat öncesine göre belirgin artabilir. Bu durum geçici olup 1-3 ay içinde kendiliğinden

düzelecektir.

1. Testis, testisin damarları ve spermatik kanal çok nadiren de olsa zarar görebilir (%1-2). Testis damarları zarar görürse testis zamanla kaybedilebilir.

**3b- Genel Riskler**

1. Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir (atelektazi), bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
2. Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıların bir kısmı yerinden kopup akciğere ve beyne gidebilir ve ölümcül olabilir.
3. Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.
4. İşlem nedeniyle ölüm olabilir.
5. Verilen ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon gelişebilir.

Bu gibi istenmeyen durumlar ender olsa da bilmeniz gereken ve karşılaşılabilecek durumlardandır.

**4- Girişim-İşlem-Ameliyatın Yararları ve Başarı Şansı Hakkında Bilgilendirme**

 Bu ameliyat için başarı; komplikasyonsuz yapılarak nüks gelişmeksizin hastanın yaşamını devam ettirmesidir. Ameliyatın başarı şansı % 90’ nın üzerindedir. Tedavi sonrası nüks çok nadir olarak görülmektedir.

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

 Testislerde ağrı, zaman icinde sıvının içinde enfeksiyon gelişmesine bağlı olarak testis iltihabı (orşit) ve sıvının hidrostatik basıncına bağlı testiste küçülme ve sperm parametrelerinde bozulma gelişebilir. Fıtık mevcudiyetinde fıtık kesesinin içine giren bağırsak kısmının kanlanması bozulabilir.

**7- 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.

**8- Diğer Bilgiler**

**9- Hastanın Bilgilendirilmiş Onamı**

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

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

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

olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;

* Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,
* Önerilen girişim / işlem / ameliyatın
1. kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi,
2. beklenen yararları,
3. başarı şansı,
4. ölüm dahil karşılaşılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,
5. önerilen girişim / işlem / ameliyatın tarafımca reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler,
* Önerilen girişim / işlem / ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak
1. ilaçların önemli özellikleri,
2. gerekebilecek kan, kan ürünü transfüzyonları ve bu transfüzyonların olası riskleri,
* Ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin olası sorunlar ve dikkat etmem gereken hususlar,
* Değerlendirilebilecek diğer tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği

 faydalar, riskler ve sağlığım üzerindeki olası etkileri,

* Sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
1. Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim. Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım.
2. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.
3. Planlanan girişim / işlem / ameliyat sırasında ve bilincimin kapalı olduğu aşamada hayati tehlikeye neden olacak acil bir durum ya da bir organ / fonksiyon kaybına yol açacak bir risk söz konusu olduğu takdirde, doktorumun ve diğer sağlık personelinin bu durumu önlemek amacıyla girişim, işlem ya da ameliyatları yapması için yetki veriyorum.
4. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılmasına izin veriyorum.

1. Söz konusu girişim, işlem ya da ameliyatın ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem / ameliyat yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.
2. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim, işlem ya da ameliyatların 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.