**TESTİS TORSİYONU 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 torsiyonu ya da testisin kendi etrafında dönmesi, testisin damar ve sinirlerini içinde taşıyan yapının (funikulus spermatikus) kendi etrafında dönmesine bağlı olarak testisin kanlanmasının bozulmasıdır ve acil girişim gerektiren bir durumdur. Testis dönmesinde en önemli bulgu ani başlayan testiste, kasıkta ve alt karında ağrıdır. Ayrıca, inmemiş testis, testis tümörü, spermatosel ve spermatik kord eklerinde bozukluk olan çocuklarda torsiyon gelişimi kolaylaşmaktadır. Sıklıkla erken yenidoğan döneminde veya 13-16 yaşlar arasında görülür ve zamanında müdahale edilmediği zaman testis kaybına neden olabilir. Oluşabilecek testis hasarı torsiyonun süresi ve derecesiyle ilişkilidir. Torsiyon derecesi 360’ın üzerinde ise ve torsiyon başlangıcının üzerinden 24 saatten fazla süre geçtiyse, testis dokusunda geri dönüşümü olmayan hasar gelişme riski oldukça yüksektir. İlk 4-6 saatte müdahale edilen olgularda testis fonksiyonlarının korunma şansı oldukça yüksektir. Tanı konulur konulmaz mümkün olduğu kadar kısa bir süre içerisinde cerrahi müdahalenin yapılması gerekir.

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

**2a- Girişim-İşlem-Ameliyat Süreci İle İlgili Önemli Hususlar:** Bu ameliyatta genel anestezi kullanılır. Ameliyata çoğunlukla skrotum cildinden, bazen ise kasıktan yapılan yaklaşık 2 cm’lik bir kesi ile başlanmakta ve tabakalar geçilerek testis serbestleştirilmektedir. Sonrasında testis dönme yönünün aksi istikamette çevrilerek anatomik pozisyonuna getirilmekte, ardından etkilenmiş olan testis bol ılık serum fizyolojik uygulanmış steril gazlı beze sarılarak bir süre beklenilmektedir. Bu süre içerisinde testisin renginin normale dönmeye başlanması beklenir. Şüpheli durumlarda testise kesi yapılarak kanlanması kontrol edilmekte ve bu kesi yeri usulüne uygun olarak kapatılmaktadır. Testisin kanlanmasının düzeldiği durumlarda etkilenen testis ve koruyucu olarak da karşı taraf testis (cerrahın tercihine göre), doğal pozisyonunda dikişlerle tespit edilmektedir ve katlar kapatılmaktadır. Ancak testisin kurtarılması için gereken süre oldukça aşılmış ve testis düzeltilmesine rağmen geçen süre içerisinde kanlanması yerine gelmiyor ise 10 yaşından küçük çocuklarda testis yerinde bırakılabilir ama 10 yaşından büyük çocuklarda testisin alınması önerilir. Çünkü nekroz olmuş testis karşı tarafın testisine de zarar verebilir (Kan-Testis bariyeri henüz oluşmadığı için).

İşlemin tahmini süresi30-70 dakika arasıdır. Genellikle 1 günlük hastaneye yatış gerektirir.

**2b- Girişim-İşlem-Ameliyat Sonrasına İlişkin Önemli Hususlar:** Evde 1-2 günlük yatak istirahatinden sonra günlük işler yapılabilir. İki-dört hafta sonra ağır olmayan spor aktivitelerine izin verilir.

**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:** Hastanın başvuru süresi ve uygulanan girişim tipine göre değişmekle beraber;

1. Testis etrafında sıvı toplanması, kan toplanması, iltihap (abse oluşumu)
2. Testis boyutunda küçülme, atrofi, fonksiyon kaybı
3. Sperm kanalında hasar oluşması
4. Testisin normal yerinden yukarıya doğru yer değiştirmesi

**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.

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

 Testis torsiyonuna bağlı klinik bulgular başladıktan sonraki 4-6 saat içinde müdahale edildiğinde sonuçlar genellikle yüz güldürücüdür. Erken müdahale edilen olgularda hem testis dokusu hem de üreme fonksiyonları korunabilir. Geç başvuran ya da müdahaleyi kabul etmeyen olgularda ise testis küçülür ve fonksiyonları kaybolur. Dahası geç başvurmuş olgularda torsiyone olmuş olan testisin yerinde bırakılması karşı taraftaki testisi de olumsuz yönde etkilemektedir.

**5- Girişim-İşlem-Ameliyat Yerine Uygulanabilecek Diğer Seçenekler**

 Testis torsiyonun altın standart tedavisi cerrahi müdahale ile kendi etrafında dönmüş olan testisin normal pozisyonuna geri getirilip, torbaya tespit edilmesidir. Bunun alternatifi yoktur. Cerrahiye kadar geçen süre içerisinde zaman kazanmak adına elle testisi geri döndürme (manuel detorsiyon) denenebilir. Ancak bu kalıcı bir çözüm seçeneği değildir.

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

 Testis torsiyonunda cerrahi müdahale gecikirse ya da yapılamazsa etkilenmiş olan testisin fonksiyonları yitirilir.

**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 .................................................................................

**Dört 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;

* Çocuk hastanın anne / babasından,

(Hasta kimlik etiketi)

Hasta Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Protokol No:

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

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

 onam alınır.