

## Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

**Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.**

### DIŞ GEBELİK AMELİYATI

- Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısai işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahiptir.
- 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.

**Tanı ve işlem:** Dış gebelik normalde rahim içine yerleşmesi gereken gebeliğin yumurtalık yollarında nadiren rahim ağzı ve yumurtalıklara yerleşmesi olayıdır. Yumurtalık yollarına yerleşen gebelik ürünü bir süre sonra bu bölgenin hasarlanmasına ve ciddi karın içine kanamaya yol açabilir. Tanıda gebelik hormonu olan beta-HCG ve ultrasonografi yol göstericidir. Dış gebelik ameliyatı karından kesi (laparotomi) ve kapalı yöntem (laparoskopi) cerrahi yöntemleri ile yapılabilir.

Önerilen cerrahi girişim :

Açık cerrahi (laparotomi)

Kapalı yöntem (laparoskopi)

Yumurtalık yolları alınması :

Sağ taraf tamamen alınacak

Sol taraf tamamen alınacak

**Cerrahi işlem riskleri :** Tedavisiz durumunun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısai işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısai 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. Yumurtalık hastalıkları cerrahi girişimleri özellikle 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), endometrioz hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenler daha fazla risk altındadırlar.

Yukarıda belirtilen riskler dışında dış gebelik ameliyatı için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında, bulantı-kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltihab (enfeksiyon) gelişebilir
- İdrar torbası (mesane) zedelenmesi
- Üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski
- İnce ve kalın bağırsak hasar görmesi, buna bağlı olarak barsağın karına açılması (kolostomi)
- Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanması (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması
- Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması
- Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı
- Kapalı yöntem (laparoskopi) ile karın içine girilemeyip açık cerrahi (laparotomi) yapılması

- Kapalı yöntem (laparoskopi) ile karına girildikten sonra karın içi kanamanın fazla olması ya da dış gebeliğin normalin dışında yerleşimi nedeniyle açık cerrahiye (laparotomi) geçilmesi
- Durdurulamayan kanama da ya da nadiren olsada yumurtalık üzerine yerleşen dış gebelikte yumurtalığın alınması gerekebilir.
- Ek olarak yapılan rahim küretajı komplikasyonları ortaya çıkabilir.
- Rahim köşesine (kornual) ve rahim ağzına yerleşmiş dış gebeliklerde durdurulamayan kanama nedeniyle rahimin alınması ve rahimi besleyen büyük damarların bağlanması gerekebilir.
- Girişim sonucu batin içinde ve yumurtalık yollarında dış gebelik bulguları izlenemeyebilir.

Yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skar-keloid), karın duvarında fıtık gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

**İşleme alternatifler:** Aşağıdaki tedavi seçenekleri benimle tartışılmıştır

- Kan hormon (beta-HCG değerleri ölçümü ile takip
- İlaç kullanımı (metotreksat)
- Rahim ağzına yerleşmiş dış gebelik için küretaj ve angiografik olarak damarların embolizasyonu

**Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar:**

Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı :

Dış gebelik kesesinin ve beraberinde yumurtalık yollarının yırtılması ile hayati tehlike oluşturabilecek karın içi kanama ortaya çıkabilir.

Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

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

**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 hekimiyile konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya 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 başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.

Anestezinin  
.....  
(ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

**Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi**

**Adı-soyadı :**

**İmza :**

**Tanık**

**Adı-soyadı :**

**İmza :**

**Hastaya yakınlığı :**

**Kan ürünleri:** Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

**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 İşlem 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.

**Sonuç :**

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen dış gebelik ameliyatını kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgil doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen

.....  
.....  
işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

**Hasta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi :**

**Adı-soyadı :** .....

**İmzası :** .....

**Tanık :**

**Adı-soyadı :** .....

**Hastaya yakınlığı :** .....

**İmzası :** .....

Yapılacak olan girişimleri reddediyorum.

Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

**Tarih :**

**Saat:**

**Tedavi eden hekim**

**Adı-soyadı :** .....

**İmzası :** .....