

Bilgilendirilmiş Hasta Onayı Belgesi

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

RAHİMDEN MYOM ALINMASI (MYOMEKTOMİ)

- Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısıl 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: Rahimden myom alınma ameliyatı (myomektomi) myomun yerleşim yeri ve büyüklüğü göz önüne alınarak hazneden (vajinal) ya da karından kesi ile ya da karına açılan delikler ve optik cihaz kullanımı ile kapalı yöntemle (laparoskopik) yapılabilir. Ameliyat sırasında rahim duvarından myom çıkartıldıktan sonra rahime dikiş atılarak iyileşmesi sağlanır.

Önerilen cerrahi girişim :

Karından kesi ile (abdominal)

Hazneden (vaginal)

Kapalı yöntem (laparoskopik)

Cerrahi işlem riskleri : Tedavisiz durumunun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısıl işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısıl 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. Rahimden myom alınması ameliyatı (myomektomi) 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 rahimden myom alınması ameliyatı (myomektomi) 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 ağızlaştırılması (kolostomi)

- Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria interna iliaka) bağlanması

- Ameliyattan sonra önceden varolmayan idrar kaçırma yakınmasının ortaya çıkması ya da var olan yakınmada artış

- Karın içindeki büyük damarlarda zedelenme ve kanamanın ortaya çıkması

- Ameliyat sonrası gelişen yapışıklıklara bağlı karın ağrısı ve barsak tıkanıklığı

-Myom çıkartılması sırasında ortaya çıkan ve durdurulamayan kanama sonucu rahimin alınması gerekebilir.

- Myom çıkarıldıktan bir süre sonra rahimin aynı ya da başka bölgelerinde tekrarlayabilir.

- Rahim içi boşuğundaki tabakanın (endometrium) zedelenmesi ile rahim içi yapışıklıklar gelişebilir ve bu yapışıklıklar adet görme (menstrüasyon) bozuklukları yaratabilir ve/veya gebe kalamama, tekrarlayan gebelik kayıplarına yol açabilir.

- Ameliyat sonrası gelişen karın içi yapışıklıklar ağrı, tüplerin tıkanması, tüp-yumurtalık ilişkisinin bozulması ve kısırlığa yol açabilir.

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.

Tedavi seçenekleri:

-Bazı hormon veya başka ilaçlar kullanmak (gestagenlar, GnRH analogları ya da antagonistleri)
-Rahim içerisine hormon salgılayan rahimiçi araç yerleştirilmesi

-Rahimin tamamen alınması

-Angiografik olarak myom embolizasyonu

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar:

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

Eğer aşırı kanamalar nedeniyle ameliyat yapılacaksa bu kanamaların devamı nedeniyle kansızlık gelişebileceği ve kansızlığa bağlı olabilecek sağlık sorunları oluşabileceği,

Myomun büyüyebileceği ve bu nedenle baskı belirtileri yapabileceği, kötü huylu özelliğe değişebileceği (sarkomatöz dejenerans), yumurtalıkların muayene veya görüntülenmesini engelleyerek yumurtalıktakî hastalıklar açısından tanısız gecikmelerinin yaşanabileceği bana anlatıldı.

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 hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söyledi. 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 cerrahi girişimi ve ameliyat ile ilgili 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 :