

TRANSREKTAL PROSTAT ULTRASONU VE BİYOPSİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:Protokol No:

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz, sağlığınızla ilgili tüm bilgi ve dökümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Yapılacak İşlem (Hastanın kendi sözcükleriyle yazılmalıdır):

Hastalığınıza tanı konulabilmesi için prostatın ultrason kullanılarak incelenmesi ve prostattan patoloji testleri yapılmak üzere parçalar alınması gerekmektedir. Parçalar makat içerisine yerleştirilen ultrason cihazının yol göstericiliğinde rektum (kalın barsağın son bölümü) duvarından geçilerek alınacaktır. Bu işlem öncesinde prostatın çevresine ağrı duymayı azaltacak iğne ile yerel uyuşturma yapılacaktır.

Bu girişim anestezi verilerek uygulanacağı için "**Anestezi Öncesi Hasta Bilgilendirme Formu ve Anestezi Uygulanacak Hasta Onam Formu**" ile size bilgi verilip onayınız alınacaktır.

İşleme ait Riskler:

- Girişim sırasında doku bütünlüğünün bozulması nedeniyle barsak içerisindeki ya da prostat bezindeki mikroplar kana karışabilir (sepsis). Bu riski en aza indirmek için biyopsi öncesi ve sonrasında antibiyotik tedavisi uygulanacaktır. Biyopsi sonrasında titremelerle yükselen ateş durumunda hemen doktorunuza ulaşarak ek tedavileri almanız gerekecektir.
- Biyopsi alınmasından sonra makattan kısa veya nadiren uzun süreli kanama olabilir. Ayrıca girişimden sonraki dönemde geçici olarak idrarda ve ejakulatta (meni) kan veya kan pıhtısı görülebilir.
- Biyopsi işlemi sonrasında idrarda yanmaya neden olabilecek idrar yolu enfeksiyonu antibiyotik kullanılarak tedavi edilecektir.
- Girişim sonrasında prostat dokusunun şişmesine bağlı olarak idrar yapma güçlüğü yaşanabilir. Sorun gerektiğinde kullanılacak ilaç tedavileri ile aşılabılır.

Hasta/Koruması/Vekili tarafından Tebliğ:

Doktor/sorumlu sağlık personeli tarafından tıbbi durumum hakkında bilgilendirildim.

Hastalığımın tanısı ile ilgili yapılacak olan **Transrektal Ultrasonografi ve Biyopsi** işlemi konusunda bilgi aldım.

Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.

Bu işlemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu işlem yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

İşlemin maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.

Doktoruma hastalığım ile ilgili soruları ve aklımdaki çekinceleri ilettim. Bunlar doktorum tarafından cevaplandı ve tatmin edici şekilde bilgilendirildim.

Bu girişim ile mevcut durumumda düzelme olmama ihtimali olduğunu biliyorum.

Acil ve beklenmedik durumlarda onayım olmaksızın kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

Bu işlem sırasında gerekirse doktorum tarafından konsültan doktor çağrılabilceğini ve ilave girişimler uygulanabileceğini biliyorum.

Operasyon sırasında fotoğraf ya da video görüntülerinin alınabilmesine ve bunların kimliğim ortaya çıkmayacak şekilde eğitim amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Hastalığımla ilgili klinik bulgu, tetkik, tedavi ve sonuç bilgilerinin tüm kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla, geriye veya ileriye dönük bilimsel çalışmalar için kullanılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

İşlemin klinikte çalışan başka bir hekim tarafından da uygulanabileceğini kabul ediyorum.

Bu bilgiler ışığında, yukarıda açıklanan Transrektal Ultrasonografi ve Biyopsi girişiminin şahsıma uygulanmasına / vekili olduğum hastaya uygulanmasına izin veriyorum.

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

Saat :.....

	Adı – Soyadı	İmza
Hasta / Hasta Yakını (*) (yakınlık derecesi.....)		
Tanık		
Sorumlu sağlık personeli		

*Hastanın yakını : Vesayeti altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda birinci derece kanuni mirasçılar.