|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **ÜROLOJİ KLİNİĞİ NEFROSTOMİ TAKILMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.265** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 1 /2** |

**GENEL BİLGİLENDİRME**

1. Doktorum tarafından yapılması istenilen işlemin Perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmesi olduğu,
2. Bu işlemin, ciltten içeri ilerleyerek böbreğin idrar toplayan boĢluklarına kateter yerleştirilmesi olduğu,
3. Bu işlemin beklenen komplikasyon ve sağlığım açısından neden olabileceği risklerin şunlar olduğu;
	1. idrar kaçağı ve bunun sonucunda meydana gelebilecek abse,
	2. Kanama,
	3. Lokal anesteziye rağmen böbrek içerisindeki tel-katater hareketlerinde ağrı,
	4. Böbrek bozukluğu ve harabiyet gelişebileceği,
	5. Katater giriş yerlerinde kanama, iltihaplanma gelişebileceği,
	6. Gelişebilecek sepsis denilen hayati tehdit yaratabilecek klinik durum
	7. İŞlem sonrası gelişebilecek idrar yolu enfeksiyonu,
	8. İŞlem anında oluşabilecek ağrı
	9. İŞlem sonrası tansiyon düşüklüğü ya da bayılma 10.Anesteziye bağlı komplikasyonlar (ölüm dahil)

11.İŞlem öncesi verilen antibiyotiklere bağlı allerjik reaksiyondan ölüme kadar varabilecek tüm yan etkiler, açık bir dille anlatıldı ve ben de bana anlatılan bu bilgileri anladım.

Hastalığımla ilgili olarak doktorumun bana önerdiği yöntemin adı, Perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmesi.

# Ameliyat Süresinin tahmini 30 dk sürmesi planlanmaktadır.,

**Ameliyat uzman öğretim üyeleri ve öğretim elemanları eşliğinde yapılmaktadır**

* Doktorumca tarafıma açıklanan tüm bilgileri anlamış ve gerekli gördüğüm tüm konularda aydınlatılmış olarak doktorumun hastalığım ile ilgili olarak bana önermiş olduğu tedavi yönteminin şahsıma uygulanmasına ve bu esnada tıbben gerekli görüldüğü taktirde şahsım ile ilgili ek girişimlerde

bulunulmasına, rıza gösteriyorum

* Hastalığımın tedavisi için önerilen ve tarafımca kabul edilen tıbbi girişim ve tedavi yöntemi icra edilirken uygun görülecek anestezi yönteminin uygulanmasına, rıza gösteriyorum

Şahsıma uygulanacak tıbbi girişim ve tedavi sırasında tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere fotoğraf çekilmesi ve/ veya video kaydı yapılmasına, kimliğimin gizli tutulması koşulu ile rıza gösteriyorum.

# D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ VE FAYDALARI

Hastaya nefrostomi takılması ile böbrek fonksiyon kaybının engellenmesi, pyelonefrit ve üriner sistem enfeksiyonun gerilemesi , üriner sistemin drene edilerek rahatlatılması, şiddetli yan ağrısı durumunun gerilemesi amaçlanmaktadır.

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır.

1. Kan transfüzyonuna neden olabilecek kanama oluĢabilir ( % 2,5)
2. Operasyon sırasında rektuma veya mesane duvarına hasar verilebilir ve hasar onarımı için cerrahi

tedaviye ihtiyaç olabilir. Bu bir kesiye ve daha uzun süre hastanede kalmaya neden olabilir. Eğer barsak yaralanması cerrahi gerektirirse geçici yada kalıcı kolostomi açılabilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem | **ÜROLOJİ KLİNİĞİ NEFROSTOMİ TAKILMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ** | logo_ortadogu |
| **Döküman Kodu:HD.RB.265** | **Yayın Tarihi: 13.07.2020** | **Rev Tarihi:-** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 2 /2** |

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği**: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112’ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 322 454 44 30

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:** Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı. Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı. Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Hastanın kendi el yazısı ile **(OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM)** diye yazması gerekmektedir.

**NOT**: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

**Tanık :**

Adı-soyadı:

T.C.Kimlik no:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

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

Adı-soyadı :

T.C.Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

İmzası

İmzası :

**Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar ve umulan sonuçlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

**Tedavi eden hekim:**

Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Saat: ...:…..