|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | ENDOMETRİUM (RAHİM İÇİ) KANSERİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.309** | | **Yayın Tarihi:01.01.2010** | **Rev Tarihi:13.07.2020** | **Rev No:02** | **Sayfa No: 1 /3** |

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

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğimiz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğinizle kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

**Tanı ve işlem:** Rahimin çıkartılması ameliyatı (histerektomi) ve karın içi lenf bezlerinin alınması (pelvik‐paraaortik lenfadenektomi) ameliyatları rahim ağzı ve rahim içi kanserlerinde karından yapılan ameliyatlardır. Rahimin çıkartılması (histerektomi) ameliyatında rahimi leğen kemiği içinde tutan asıcı ve tutucu bağlar geniş olarak kesilir ve bağlanır. Rahimi besleyen damarlar bağlanır. İdrar kesesi rahim ve hazne ön duvarından ayrılarak rahim ve haznenin bir kısmı çıkarılır. Ana damarlar çevresindeki lenf bezleri temizlenir. Bana önerilen girişimler:

# Rahimin çıkarılması (histerektomi),

1. **İki taraflı yumurtalık ve tüplerin çıkarılması (bilateral salpingoooforektomi),**

# Karın içi lenf bezlerinin çıkarılması (pelvik ve paraaortik lenfadenektomi),

1. **Karın içi organlarını örten yağlı gözeli örtünün çıkarılması (omentektomi).**

**Cerrahi işlem riskleri:** Tedavisiz durumumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve‐veya tanısal işlemlerle ilgili de riskleri vardır. Cerrahi, medikal, tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşma, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerinde bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Jinekolojik onkoloji ameliyatları önceden ameliyat geçirmiş kişiler ya da mevcut bir hastalığı olanlar (kalp, şeker, tansiyon, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar), endometriozis hastalığı ve buna bağlı karın içinde yapışıklıkları olan hastalar ve sigara içenler daha fazla risk altındadırlar. Ayrıca kanser hastalığı nedeniyle genel durumu bozuk yaşlı hastalar için cerrahi girişimlerin riski daha yüksektir. Yukarıda belirtilen riskler dışında jinekolojik onkolojik cerrahi girişimler için özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir: ameliyat kesi yerinde, karın içinde, idrar yollarında; bulantı kusma, ağrı ve ateşle seyreden iltahap gelişebilir. İdrar torbası (mesane) zedelenmesi, üreter (böbrekten idrar torbasına uzanan tüp) zedelenme riski ince ve kalın bağırsağın hasar görmesi, buna bağlı olarak bağırsağın karına ağızlaştırılması (kolostomi) gerekebilir. Ameliyat sırasında ve sonrasında durdurulamayan kanama ya da kan toplanmasına (hematom) bağlı o bölgeyi besleyen ana damarların (arteria internailiaka) bağlanması, cinsel işlev bozukluğu, vajen tepesinde ameliyat sonrası sarkmanın ortaya çıkması, ameliyattan sonra önceden var olmayan 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 bağırsak tıkanıklığı, lenf bezlerinin temizlenmesi durumunda bacaklarda şişlik (ödem) veya karın içinde kist oluşumu gelişebilir. Hastalıklı dokuları çıkartmak ya da azaltmak için yapılan bu ameliyata rağmen mevcut hastalığın süresi net belli olmayan bir dönem içinde tekrar etmesi ve yayılabilmesi ve akciğer/karaciğer gibi uzak organlarda hastalığın ortaya çıkması, kesi yerlerinde hastalığın oluşumu ve yukarıda belirtilen komplikasyonlar nedeniyle hastanın yeniden ameliyat edilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra uzun vadede karındaki kesi yerinde sertleşme (skarkeloid), karın duvarında fıtık gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.

**İşlem alternatifleri:** Aşağıdaki tedavi seçenekleri ve olası sonuçları benimle tartışıldı.

# Tedavisiz takip,

1. **İlaç tedavisi (kemoterapi),**

# Işın tedavisi (radyoterapi),

1. **İlaç (kemoterapi) ve ışın (radyoterapi) tedavilerinin birlikte kullanımı.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | ENDOMETRİUM (RAHİM İÇİ) KANSERİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.309** | | **Yayın Tarihi:01.01.2010** | **Rev Tarihi:13.07.2020** | **Rev No:02** | **Sayfa No: 2 /3** |

**Tedavi kabul edilmezse karşılaşacak sonuçlar:** Benim için uygun görülen cerrahi girişim yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı. Hastalığın karın içinde ilerlemesi rahim ağzı kanserinde idrar yollarının tıkanması ve böbreklerde işlev kaybı akciğer/karaciğer gibi uzak organlara hastalığın yayılması ve yaşamsal tehlike oluşması, benim özel durumumdan dolayı operasyon kararı verilmesine rağmen bu operasyon sırasında önerilen girişimlerin yapılamayabileceğini anlatıldı.

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığı, 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 jinekolojik onkolojik girişimleri kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen;

# Rahimin çıkarılması (histerektomi),

1. **İki taraflı yumurtalık ve tüplerin çıkarılması (bilateral salpingoooforektomi),**

# Karın içi lenf bezlerinin çıkarılması (pelvik ve paraaortik lenfadenektomi),

1. **Karın içi organlarını örten yağlı gözeli örtünün çıkarılması (omentektomi) i**şlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

**İşlemin süresi:** ameliyat normal şartlarda 1-2 saat arasında **sürer**.

**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.

**Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:**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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amblem | ENDOMETRİUM (RAHİM İÇİ) KANSERİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | | logo_ortadogu | |
| **Döküman Kodu:HD.RB.309** | | **Yayın Tarihi:13.07.2020** | **Rev Tarihi:13.07.2020** | **Rev No:0** | **Sayfa No: 3 /3** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta yada hukuksal olarak sorumlu kişi:**  Adı-Soyadı :  T.C. Kimlik no:  İmzası : |  | **Tanık :**  Adı-soyadı  Hastaya yakınlığı :  İmzası |

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

Yapılacak girişim, sonuçların ve özellikle başvuranı ilgilendiren riskleri anlattığımı onaylarım. Başvurana soru sorma fırsatı verdim ve bu soruları cevapladım.

|  |
| --- |
| **Tedavi eden hekim**  Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Saat: ....... : ….. |