**Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi**

**A-** Genital siğilin (Kondilomun) cerrahi tedavisi genel, spinal veya lokal anestezi altında yapılabilir. Saha temizliği sonrası kondilom (Genital Siğiller) boyutuna ve hastalığınızın durumuna göre cerrahi olarak çıkarılabilir, koter veya karbondioksit lazer uygulanması ile yakılabilir. Siğil eksizyonunda siğil tabanından bistüri ile kesilerek çıkarılır. Koter ile kanama kontrolü sonrası sütür ile kesi yeri dikilir. Siğiller koter ile veya karbondioksit lazer ile direk yakılabilir.

**B- ANESTEZİ**

Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için “Anestezi Hakkında” bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezistiniz ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

**C- BU AMELİYATIN RİSKLERİ**

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler / komplikasyonlar vardır.

**Ameliyattaki Riskler**

1. Tedavi yerinde ağrı sık görülür. Ağrı kesici tedavisi ile genellikle geçer.
2. Ameliyat bölgesinde kanama nadiren görülür.
3. %70’ e varan oranda kondilom ortadan kaldırılabilir.
4. %20 düzeldikten sonra tekrarlayabilir.
5. Ameliyat bölgesinde sıklıkla skar (Yara İzi) gelişir.
6. Tedaviye yetersiz yanıt olabilir.
7. Tedavi sırasında fark edilmeyen milimetrik lezyonlar işlem sonrası büyüyebilir.
8. Tedavi, hastalığa neden olan virüsü (HPV) ortadan kaldırmayabilir.
9. Hastalığa neden olan virüsün bazı alt tipleri kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olabilir. Tedavi eşe bulaşmayı engellemeyebilir.
10. Hastalığa neden olan virüsün bazı alt tipleri penis ve anal bölge tümörüne neden olabilir.

**Hastalığınız Hakkında Bilmeniz Gerekenler:**

Human Papilloma Virüs (HPV) insanlara genellikle cinsel yolla bulaşan, genital bölgede siğile (Kondilom) neden olan bir virüstür. Bazı alt tipleri kadınlarda rahim ağzında kansere, erkeklerde penis derisi kanserine ve her iki cinsiyette anal ve orofarangeal kansere neden olabilir. Kanserler yavaş, yıllar içinde gelişir. Siğillerin ortaya çıkması kişinin bağışıklığı ile ilişkilidir. Erkeklerde siğil ortaya çıkmasa bile bulaştırabilir. Tedavisinde boyutuna göre ilaç tedavisi, dondurma, yakma veya cerrahi eksizyon yapılabilir. Tedavi sonrası sıklıkla tekrarlayabilir. Başarılı tedavi sonrasında bile bulaşıcılık devam edilebilir.

**Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?**

Bir kısım siğil gerilemekle birlikte siğiller daha da büyüyebilir. Yaygın siğil olması bulaşıcılığı arttırabilir ve kötü bir görünüme neden olabilir.

**Nasıl Bir Tedavi / Girişim Uygulanacak?**

Ameliyat yöntemine yukarıda değinilmiştir. Alternatif olarak takip edilebilir, takipte özellikle küçük lezyonlar geçebilir. Lezyon üzerine sürülen ilaç tedavisi (İmiquimod, Podophyllin ve Podofilox, Trichloroasetik Asit) verilebilir. Başarı oranı %30 - %80 arasındadır. Eritem, irritasyon, ülserasyon, yanma, ağrıya neden olabilir. Dondurma (Kyroterapi) yapılabilir. Başarı oranı %60 - %90’ dır. Uygulama alanında ağrı ve su toplamasına neden olabilir. Tekrarlama oranı %20 - %40’ dır.

**Hastanın Girişimin Şekli, Zamanı, Yan Etkileri, Başarı Oranı ve Başarıdan Ne Kastedildiği, Girişim Sonrası İle İlgili Soruları:**

* Ameliyatta beklenen başarı, bütün siğillerin alınması veya yakılmasıdır.
* Ameliyatın başarı oranı hastalığın boyutuyla ilgili olmakla birlikte %35 - %70’ dir
* Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler / komplikasyonlar mevcut olup, bunlar yukarıda belirtilmiştir.

Girişim sonrası her şeyin yolunda gitmesi durumunda hasta, aynı gün taburcu edilir.

# Hasta,veli veya vasinin onam açıklaması:

* + Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
	+ Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
	+ Tedavi/girişimden 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 takdirde tedavi ve girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi, tedavi kararından vazgeçebileceğimi biliyorum.
	+ Yapılacak ameliyat sırasında sağlığım için gerekli görülmesi halinde kan ve kan ürünlerinin nakline de

bu belge ile izin veriyorum.

**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.

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

**Tanık :**

Adı-soyadı:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

**Hasta yada hukuksal olarak sorumlu kişi:**

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

mzası

**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: ...:…..