

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-862 Yayın Tarihi :17.07.2025 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/3
	LAPARASKOPİK UMBLİKAL HERNİ (GÖBEK FITIĞI) AMELİYATI İÇİN ONAM FORMU	

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
Tarih : Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER

Göbek fıtığı doğuştan ya da sonradan oluşan sebeplere bağlı olarak, karın ön duvarında göbek ya da göbek üstü bölgesindeki yapılarda zayıflık nedeniyle, karın içi organların oluşan açıklıktan dışarı doğru çıkmasıdır.

ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR):

Laparoskopik göbek fıtığı onarımında (diğer laparoskopik karın ameliyatlarında olduğu gibi) karın boşluğu içerisine erişildikten sonra, göbek bölgesindeki fıtık kesesi ortaya konulur, kese içinde karın içi organlar yer almaktaysa önce bunlar serbestleştirilir, ardından defekti tamamen kaplayacak ve etraf salim dokuya yeterince taşacak şekilde bu alana sentetik bir yama yerleştirilir. Laparoskopik onarımda, yama karın içi organlarla sürekli temas halinde olacağından, olası yapışıklıkları azaltmak ve fistül gelişimi riskini düşürmek üzere iki yüzeyi farklı (dual) yamalar tercih edilir (karın içine bakan yüzeyi yapışıklığı azaltacak özellikte maddelerle kaplıdır). Genel anestezi altında yapılan ve ortalama 60 dakika (30-90 dakika) süren bu ameliyat sonrasında hastalar, genellikle 5-6 saat sonra sıvı gıda almaya başlarlar ve ertesi sabah kahvaltı sonrası eve gönderilirler.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Ameliyat ile fıtık bölgesindeki ağrı ve şişkinliğin geçmesi, ileride oluşabilecek bağırsak tıkanıklıkları ve organ dolaşım bozukluklarının önlenmesi hedeflenmektedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-862 Yayın Tarihi :17.07.2025 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :2/3
	LAPARASKOPİK UMBLİKAL HERNİ (GÖBEK FITIĞI) AMELİYATI İÇİN ONAM FORMU	

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

Gerekli önlemler alınmasına karşın gelişebilen istenmeyen olaylar “*komplikasyon*” olarak adlandırılır. Laparoskopik göbek fıtığı onarımı ameliyatlarından sonra; nadiren trokar girişi ile ilintili organ hasarları, kanama, hematoma (ameliyat alanında kan birikimi), enfeksiyon, seroma (ameliyat alanında sıvı toplanması), yapışıklık gelişmesi (brid), fistülizasyon (yama ile barsaklar ve bazen cilt arasında oluşan yapışıklıklar sonrası barsak içeriğinin yamanın bulunduğu alana veya ciltten dışarıya akması), pulmoner emboli (akciğere pıhtı atması), anesteziyle ilintili komplikasyonlar, vb gelişebilir. Komplikasyon gelişme oranı literatürde ortalama %5-10 düzeyinde bildirilmektedir, ancak bunların çoğu minör komplikasyonlardır.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....
.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Hekim Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığının

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-862 Yayın Tarihi :17.07.2025 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :3/3
	LAPARASKOPİK UMBLİKAL HERNİ (GÖBEK FITİĞİ) AMELİYATI İÇİN ONAM FORMU	

üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakınının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Tercüman Adı Soyadı:

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :