

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                                   | Doküman No :HD-FR-803                                                                      |
|                                                                                  | PENİL RENKLİ DOPPLER İNCELENMESİ İÇİN<br>BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ | Yayın Tarihi :05.10.2024<br>Revizyon No :01<br>Revizyon Tar.:26.08.2025<br>Sayfa No :1 / 3 |

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :

Tarih : Protokol No :

## GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim/tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Önerilen girişim/tedavi hakkındaki bilgiler formda mevcuttur. Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

## İNCELEME YÖNTEMİ VE İŞLEM SIRASI

1-Hasta sırtüstü yatar pozisyondayken, hastanın penisi karnına yatırılır.

2-Prob ventral yüzeye kısa eksenle yerleştirilerek, penis, glanstan başlayıp köke kadar incelenir. Bu sırada her iki korpus kavernozum ile korpus spongiozum değerlendirilir.

3-Ventral yüzeyden uzun eksenle de inceleme gerçekleştirilir.

4-Uzun eksenle her iki tarafta kavernöz arterler genel olarak değerlendirilir.

5-Erektile disfonksiyon araştırılmasında;

- Her iki kavernoza arter akım desenlerinde tepe sistolik hız ve diastol sonu hız değerleri
- Akım örnekleme uzun eksenle kavernoza arterin proksimal segmentinde, lümen merkezine yerleştirilen spektral örnekleme aralığı ile yapılır. Doppler açısı damar duvarına paralel ve ideal olarak 60° yi aşmayacak şekilde ayarlanmalıdır.
- Vazodilatör ajan (sıklıkla papaverin) yaşa ve klinik duruma uygun dozda, ince iğne (25-26G) ile tercihen US eşliğinde korpus kavernozum orta kesimine dik açı ile enjekte edilir.
- Enjeksiyon sonrası her iki kavernöz arterler tekrar değerlendirilebilir.
- Enjeksiyondan 3-5 dakika sonra her iki kavernöz arterden tekrar akım desenleri elde edilerek, her birinde tepe sistolik hız ve diastol sonu hız ölçülür.
- Hasta odada birkaç dakika yalnız bırakılıp, taktile ya da görsel-işitsel uyarı uygulanarak, tetkikin başarı şansı artırılabilir.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                                   | Doküman No :HD-FR-803                                                                      |
|                                                                                  | PENİL RENKLİ DOPPLER İNCELENMESİ İÇİN<br>BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ | Yayın Tarihi :05.10.2024<br>Revizyon No :01<br>Revizyon Tar.:26.08.2025<br>Sayfa No :2 / 3 |

- Hastanın tam ereksiyonda olup olmadığı değerlendirilir;her iki kavernöz arterden tekrar akım desenleri elde edilerek, tepe sistolik hız ve diastol sonu hız ölçülür.
- Aynı ölçümler 5'er dakikalık aralarla,20-30 dakika tamamlanıncaya kadar tekrarlanır.
- Tetkik tamamlandıktan sonra hasta priapizm gelişimi açısından bilgilendirilir.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 20 dakika

**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: 0 282 725 05 55

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.

**ONAM:**

Doktorum tarafından amacı ve uygulandığı bana açıklanan penil renkli doppler ultrasonografi işlemini onaylıyorum. Ayrıca gerekebilecek uyarıcı ilaç (alprostadil) enjeksiyonu,usg çekimine izin veriyorum.Bana bu işlem hakkında anlatılan/okutulan her şeyi anladım. Soru sormama olanak tanındı.

Tüm penil renkli Doppler ultrasonografi işlemlerin küçük bir olasılıkla da olsa kanama, hematoma veya peniste sürekli ereksiyon haline (priapizme) neden olabileceğini ve bu durumda acil ve/veya cerrahi müdahale gerekebileceğini anladım.

|                                                                                  |                                                                              |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI                                                   | Doküman No :HD-FR-803                                                                      |
|                                                                                  | PENİL RENKLİ DOPPLER İNCELENMESİ İÇİN<br>BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA BELGESİ | Yayın Tarihi :05.10.2024<br>Revizyon No :01<br>Revizyon Tar.:26.08.2025<br>Sayfa No :3 / 3 |

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

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 girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :