	KÜRETAJ OPERASYONU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ			
Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.68	01.08.2011	01	Kasım-2020	1/2

HASTA ADI,SOYADI: **CİNSİYET:**
DOĞUM TARİHİ: **YATIŞ TARİHİ:**
TANI: **PROTOKOL NO:**

Küretaj (Kürtaj) Bilgilendirme ve Rıza Belgesi;

- ✓ Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi yada 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 karşılanabileceği sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.
- ✓ Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul yada reddedebilirsiniz.
- ✓ Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekersiniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve İşlem : Küretaj; tanı ve tedavi amaçlı yapılan bir müdahaledir. Ölü gebelikler, tam olmayan düşükler, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, düzensiz, sık ve aşırı kanama şikayeti olanlarda bu yöntem kullanılır.
Önerilen Cerrahi Girişim:

- ✓ Dilatasyon Küretaj Lokal Anestezi
- ✓ Genel Anestezi
- ✓ Revizyon Küretaj Lokal Anestezi
- ✓ Genel Anestezi

Cerrahi İşlem Riskleri: Tedavisiz durumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal ve /veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan ciddi enfeksiyon, rahimin delinmesi ve /veya iç organ yaralanması, rahim ağzında yırtılma, rahim içinde yapışıklık meydana gelmesi (Buna bağlı olarak da adet görememe, adet kanmasının azalması, ağrılı adet görme, gebe kalamama) görülebilir. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Tedavi Kabul Edilmezse Karşılaşılacak Sonuçlar: Benim için uygun görülen cerrahi işlem yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı**;**
Düzensiz sık ve aşırı kanama gibi durumlarda kesin neden sebep histopatolojik inceleme yapılmadan söylenemeyeceği için tanısal gecikme söz konusu olabilir. Ölü gebelik, tam olmayan düşüklerde, Aşırı kanamaya bağlı kansızlık, Şok tablosu, Enfeksiyon, Hayatı tehdit eden ciddi enfeksiyon, Kanın pıhtılaşma özelliğinin bozulmasına neden olabilir.

Ben bu operasyon sırasında beklenmeyen ve önceden kestirilmeyecek durumların olabileceğini, bunların sonucunda asıl işlemin dışına çıkılıp daha başka işlemlerin de gerek olabileceğini anladım ve kabul ettim.
Bana tüm istediğim soruları sorma şansı verildi . Benim sorduğum tüm sorular yanıtlandı veya yeterince açıklandı. Ben bu formu imzalamadan önce tüm noktalı yerler dolduruldu ve benim itiraz ettiğim tüm yerler işaretlendi ve ben bu formu imzaladım.

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasındaki ağrı hissinin, anestezi hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını, ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.

KONTROLLÜ KOPYA

Anestezinin …….. (ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Kan Ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay**:** Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Hastaya Yakınlığı :
Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Rıza 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 cerrahi girişimi ve doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen ……işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.
Yapılacak olan girişimleri reddediyorum.
Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.
Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:
Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.
İşlemin Tahmini Süresi:……..
Lütfen kendi el yazınızla 'hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum." yazınız.
……...

HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

ÇEVİRMEN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

VASİ / YAKINI ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

TANIK ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

Ben "Rıza Belgesi" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.
HEKİMİN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	YÜRÜRLÜK ONAYI

KONTROLLÜ KOPYA