**İNMEMİŞ TESTİS AMELİYATI BİLGİLENDİRME ve AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ**

11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı, “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair
Kanun”un 70. maddesi ve 01 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan “Hasta Hakları
Yönetmeliği”nin 08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı yönetmelikle değiştirilen 26. maddesi
uyarınca tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastaya ya da kanuni temsilcisine
imzalatılması gereken Rıza Formu’dur. **İki nüsha olarak düzenlenir, bir nüshası hastaya**
**verilir.**

**Sayın hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.**

• Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/tedaviler hakkında bilgi
sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

• Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi
daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

• Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa, lütfen hekiminize sorunuz.

• Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• **Onay veriyorsanız**, bu dökümanda **çerçeve içerisinde belirtilmiş alanı** imzalayınız.

• Tıbbi kayıtlarınız sizin dışınızda hiç kimse ile paylaşılmaz. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız
ile ilgili bilgi ve dökümanlar **“Gizli Hasta Bilgilerinin Paylaşılmasına İlişkin Onam
Formu”** ile yazılı onay verdiğiniz yakınlarınıza verilebilir.

• Size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

**1- Tıbbi Durum-Hastalık Hakkında Bilgilendirme**

Testislerin (yumurtaların) anne karnındaki dönemde karın içinden skrotuma yerleşmeye kadar süren yolculuğunu tamamlayamayarak, skrotum dışında bir yere yerleşmesine “inmemiş testis” adı verilmektedir. doğumdan kısa bir süre önce her iki testis torbaya yerleşir . Zamanında doğan bebeklerin %2.7-5.9’unda inmemiş testis saptanmaktadır.

Bebekler 1 yaşına geldiğinde bu oran %1’e gerilemektedir. Zamanından önce (prematüre)
doğan bebeklerde inmemiş testis sıklığı 10 kat fazladır. İnmemiş testis 2/3 oranında tek taraflı, 1/3 oranında ise iki taraflı görülmektedir. Tek taraflı inmemiş testislere daha çok sağda rastlanmaktadır. Altı aylıktan sonra testislerin kendiliğinden torbaya inme olasılığı düşüktür. Vakit kaybedilmeden tedavinin planlanması açısından uzman hekime başvurulmalıdır.

**2- Girişim-İşlem-Ameliyat Hakkında Bilgilendirme**

**2a-Girişim-İşlem-Ameliyat Süreci İle İlgili Önemli Hususlar:** Bu ameliyatta genel anestezi ya da kaudal anestezi (kuyruk sokumundaki sinirlerin lokal anestezi ile uyuşturulması) kullanılır. Kasık bölgesine yapılan yaklaşık 2 cm’lik bir cilt kesisi ile tabakalar açılır, testis, vasküler yapıları ve spermatik kord serbestleştirilir, beraberinde fıtık varsa fıtık kesesi onarılır ve serbestleştirilmiş testis torbadan yapılan yaklaşık 1 cm’lik kesiden aşağıya çekilerek buraya sabitlenir ve daha sonra tabakalar kapatılarak işleme son verilir. Ameliyat süresi tek taraflı olgularda 40-60 dakika, iki taraflı olgularda ise 60-120 dakikadır.

**2b-Girişim-İşlem-Ameliyat Sonrasına İlişkin önemli Hususlar:** Ameliyat sonrası genelde aynı gün taburcu işlemi yapılır.

**3-Girişim-İşlem-Ameliyatın Riskleri Hakkında Bilgilendirme**

Bazıları aşağıda açıklanmış olan istenmeyen durumlarla karşılaşma riski bulunmaktadır. Bunlar ender de olsa yeniden girişim-işlem-ameliyata alınmayı da gerektirebilir. Belirtilen sorunların oluşmaması için gerekli önlemler alınacaktır.

Oluşmaları halinde tedavi süresi uzayacak veya ek tedavilere ihtiyaç oluşabilecektir. Bu durumlar, nadir de olsa **ölüme** sebebiyet verebilir. Aşağıda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden tahmin edilmesi oldukça güçtür.

**3a- Özel Riskler:**

A. Testis tekrar yukarıya doğru yer değiştirebilir ve bu nedenle ek cerrahi müdahale gerekebilir (%1).

B. Skrotumda şişme ve morarma görülebilir, bu sorunlar genellikle kendiliğinden ortadan
kaybolur (%3).

C. Ameliyattan sonra testisler küçülebilir ve fonksiyonunu yitirebilir (%0,7).

D. Eğer testisler kasıkta bulunamazsa karnın içinde aranması gerekebilir. Bu durumda daha

 büyük bir kesi yapılır.

E. Herni (fıtık) veya hidrosel (su fıtığı) görülebilir, eğer görülürse tedavisi gerekebilir.

F. Bazı kişilerde yara yeri iyileşmesi anormal olabilir ve yara kalınlaşabilir. Kırmızı ve ağrılı olabilir, skar veya keloid oluşabilir.

**3b- Genel Riskler:**

A. Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir (atelektazi), bu da akciğer enfeksiyonu riskini
artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.

B. Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıların bir kısmı yerinden kopup akciğere ve beyne gidebilir ve ölümcül olabilir.

C. Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

D. İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

E. Verilen ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon gelişebilir.

**4- Girişim-İşlem-Ameliyatın Yararları ve Başarı Şansı Hakkında Bilgilendirme**

İnmemiş testisi tedavi etme sebepleri aşağıda belirtilmiştir. İnmemiş testis ameliyatı ile bu hedeflere ulaşma oranı %90’ın üzerindedir.

1. İnmemiş testiste ilişkili olarak kısırlık gelişebilir. Cerrahi tedavi ile testisin yerine indirilmesi üreme fonksiyonunu korur.
2. İnmemiş testislerde kanserli hücre görülme ihtimali normal testise göre daha fazladır.

 Testisin yerine indirilmesi, olası bir kanser gelişimi söz konusu olduğunda erken tanı koyma olanağı sağlayacaktır.

1. İnmemiş testislerin kendi etrafında dönme ihtimali normal testislere göre daha fazladır.

 Testisi cerrahi müdahale ile yerine indirmek bu riski azaltır.

1. Boş bir yumurtalık torbasının hasta ve ailesinde neden olabileceği psikolojik rahatsızlıklar önlenmiş olur.

**5- Girişim-İşlem-Ameliyat Yerine Uygulanabilecek Diğer Seçenekler**

İnmemiş testis ameliyatına alternatif olarak hormon (ilaç) tedavisi denenebilir. Ancak bu tedavi
yöntemi ile başarı şansı %25’i geçmemektedir ve gerçek inmemiş testisden ziyade retraktil (utangaç) testislerde ve torbaya yakın yerleşimli testislerde kullanılmaktadır.

**6- Girişim-İşlem-Ameliyatın Yapılmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Riskler**

İnmemiş testis tedavi edilmezse; kısırlık, testis kanseri ve testis torsiyonu gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

**7- Maliyet**

Özel sağlık sigortalı hastalarımızın, poliçeleri gereğince sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşma hükümleri geçerlidir; bazı durumlar kapsam dışında tutulabilir, hastalarımızın ek ödeme yapması gerekebilir. Herhangi bir sigortası olmayan hastalarımızın tedavi masraflarınının kendileri tarafından ödenmesi gerekmektedir. Maliyet konusunda taleplerinizle ilgili olarak hekiminiz sizi ilgili personele yönlendirecek, ortalama maliyet ile ilgili olarak ayrıntılı şekilde bilgilenmenizi sağlayacaktır

**8- Hastanın Bilgilendirilmiş Onamı**

1. Doktorum tarafından tıp dilinde ........................................................................................

 *(Hastanın tanısı doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)*

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

olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;

* Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,
* Önerilen girişim / işlem / ameliyatın
1. kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi,
2. beklenen yararları,
3. başarı şansı,
4. ölüm dahil karşılaşılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,
5. önerilen girişim / işlem / ameliyatın tarafımca reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler,
* Önerilen girişim / işlem / ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak
1. ilaçların önemli özellikleri,
2. gerekebilecek kan, kan ürünü transfüzyonları ve bu transfüzyonların olası riskleri,
* Ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin olası sorunlar ve dikkat etmem gereken hususlar,
* Değerlendirilebilecek diğer tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği

 faydalar, riskler ve sağlığım üzerindeki olası etkileri,

* Sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
1. Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim. Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım.
2. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.
3. Planlanan girişim / işlem / ameliyat sırasında ve bilincimin kapalı olduğu aşamada hayati tehlikeye neden olacak acil bir durum ya da bir organ / fonksiyon kaybına yol açacak bir risk söz konusu olduğu takdirde, doktorumun ve diğer sağlık personelinin bu durumu önlemek amacıyla girişim, işlem ya da ameliyatları yapması için yetki veriyorum.
4. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılmasına izin veriyorum.
5. Söz konusu girişim, işlem ya da ameliyatın ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem / ameliyat yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.
6. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim, işlem ya da ameliyatların yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak onay ve yetki veriyorum.

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

 *(Yapılacak tıbbi müdahale doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)*

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

*Varsa taraf belirtiniz*: 🞏 Sağ 🞏 Sol .................................................................................

**Dört sayfadan** oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okutturduğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim.

 **Tarih:** .......... / ............. / .............

 **Hastanın ya da (\*)Hukuki Temsilcisinin**

 **Adı Soyadı:** ............................................................. **İmzası**  

 **(\*)Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi:** .............................

 **Doktorun Adı Soyadı:** ............................................. **İmzası**  

 **(\*\*)Çevirmen - Tanık Adı Soyadı:** ........................ **İmzası**  

**(\*)** Hastadan imza alınamadığı durumlarda;

* Çocuk hastanın anne / babasından,

(Hasta kimlik etiketi)

Hasta Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Protokol No:

* Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,
* Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

**(\*\*)** Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.