



**MAKADIN DOĞUŞTAN KAPALI OLMASI
NEDENİ İLE MAKADIN DÜZELTİLMESİ
AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ**

Doküman Kodu	HD.RB.69
Yayın Tarihi	16.11.2018
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 3

Hastanın
Adı-Soyadı:
Yaşı: Cinsiyeti: ☐ K ☐ E
Dosya No:

Bu form size, çocuğunuzun/yakınınızın hastalığı ile ilgili yeterli bilgi verilip verilmediğini ve verilen bilgileri anlayıp anlamadığınızı değerlendirmeniz için hazırlanmıştır. Verilen bilgilerin yeterli olduğundan ve tümü ile anladığınızdan emin olduktan sonra formun sonunda, tıbbi işlemlerin yapılmasına izin verip vermediğinizi belirtip imzalayacağınız bir bölüm de bulunmaktadır. Lütfen anlamadığınız şeyleri doktorunuza tekrar sorunuz.

A. SAĞLIK DURUMU ve YAPILACAK GİRİŞİM

Aşağıda imzası olan **ben**, çocuğumun/yakınınımın hastalığı ile ilgili olarak **Dr**.....'dan yazılı ve sözlü olarak bilgi aldım.

Çocuğunuzun doğuştan makadında sorun mevcuttur. Makad normalde açılması gereken yerden daha öne ve daha dar olarak açılmaktadır. Bu durum, makadın hiç gelişmemiş olmasının biraz daha hafif halidir ve çocuğun normal dışkı (büyükabdest) yapmasına engel olacak, ileride idrar yolu iltihabı gibi başka sorunlara yol açabilecektir. Bu nedenle çocuğunuzun makadındaki anormalliğin düzeltilmesi için ameliyat olması gerekmektedir. **Bu tek akılcı tedavi alternatifidir**, bu durumda farklı bir tedavi seçeneği yoktur. **Çocuğun ameliyat olmaması** durumunda, karnındaki şişlik ortaya çıkabilir, buna bağlı karın içi veya başka vücut bölgelerinde enfeksiyon ortaya çıkabilir, barsağında delinme olabilir, yeterli yemek yiyemeyeceğinden yeterli besin – gıda alamaz, kabız olur.

Ameliyatın Süresi: 2-4 saat

Ameliyatın Faydası: Makadındaki anormalliğin düzeltilmesi, Çocuğun normal dışkı (büyükabdest) yapabilmesi.

Bana **hastalığın tanısının (teşhisinin)**
.....olduğu,

• **Tedavi olmazsa** sağlık durumunun,

- ☐ İyiye gidebileceği ☐ Hayati tehlike oluşabileceği ☐ Kötüleşebileceği
☐ Durumumun değişmeyebileceği ☐ Diğer:

Doktor tarafından söylendi.

Bu ameliyatta çocuğun makat bölgesindeki dar olan açıklığın arka tarafına doğru cilt kesilerek içerideki barsağın ucu kesilen cilde dikişler ile tutturularak makat genişliği normal haline getirilecektir.

	MAKADIN DOĞUŞTAN KAPALI OLMASI NEDENİ İLE MAKADIN DÜZELTİLMESİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.69
		Yayın Tarihi	16.11.2018
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	2 / 3

B. AMELİYAT ve TEDAVİNİN RİSKLERİ KOMPLİKASYONLARI

Genel riskler şunlardır:

1. Ameliyat sonrası akciğerlerde küçük sahalarda çökmeler, akciğer enfeksiyonu gelişmesi ve bu nedenle antibiyotik kullanılması gerekebilir.
2. Anestezi sonrası solunum sıkıntısı gelişebilir ve bu nedenle yoğun bakım tedavisi gerekebilir.
3. Kana mikrop karışması (sepsis) tarzında ağır enfeksiyon gelişebilir. Bu ciddi hayati tehlike oluşturabilir. Bu ihtimal çok düşüktür.
4. Ölüm riski düşük de olsa mevcuttur.

Bu ameliyata özel riskler ise şu şekildedir:

1. Makat ameliyatı yapılan yerde iltihap ve yara ayrılması meydana gelebilir.
2. Ameliyat sonrası yara bölgesinde yapılan işlemlere bağlı kanama olabilir, bu ihtimal de çok düşüktür.
3. İleride makatta darlık ortaya çıkabilir ve bu nedenle yeniden ameliyat olması gerekebilir.
4. Bu çocuklarda ameliyat başarılı olsa da hayat boyu ciddi kabızlılık olması ihtimali yüksektir. Bu nedenle sürekli ilaç tedavisi kullanması gerekecektir.
5. İleri tarihlerde yapılacak araştırmalarda başka organlar ile ilgili doğuştan bazı hastalık ve sakatlıkların saptanması ihtimali de mevcuttur.
6. Antibiyotik kullanılması.
7. Kan verilmesi.
8. Acil olarak yeniden ameliyat edilmesi.

C. HASTA VELİSİ/YAKINININ ONAYI

- Tedavinin **başarısından kastedilenin**, mevcut makat genişliğinin ve biçiminin düzeltilmesi olduğunu anladım.
- Bu hastalıkla ilgili olarak, **tedavisi için uygulanabilecek yöntemlerin** adı, bu yöntemlerden **yararlanma şansı**, bu yöntemlerin riskleri, açık bir dille anlatıldı ve bu bilgileri anladım.
- Tedavi seçenekleri arasında **doktorumun bana önerdiği yöntemin adı**,'dir
- Uygun görülen anestezi yönteminin uygulanmasına, izin veriyorum
- Bana aktarılan bilgileri anladım ve soru sormama olanak tanındı ve bu sorulara yeterince zaman ayrılarak doyurucu şekilde cevaplar verildi.
- Gerekğinde girişim(ler)i görüştüğüm doktor dışındaki bir doktorun gerçekleştirebileceğini, girişimler esnasında ve sonrasında çocuğun bakım ve tedavisine asistan doktorların da katılacağını anladım ve kabul ediyorum.

	MAKADIN DOĞUŞTAN KAPALI OLMASI NEDENİ İLE MAKADIN DÜZELTİLMESİ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.69
		Yayın Tarihi	16.11.2018
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	3 / 3

- Doktorun önerdiği tedavi yönteminin uygulanmasına ve bu sırada tıbben ani olarak ortaya çıkan acil durumlara doktorun uygun ve gerekli gördüğü ek girişimlerde bulunulmasına, izin veriyorum.
- Yapılacak tedavi ve ameliyat sonrasında mutlak iyileşmesi veya mevcut durumun mutlaka düzelmesi garantisinin olmadığını ve hatta ameliyattan sonra durumunun daha kötüye de gidebileceğini anladım.
- Uygulanacak tıbbi girişim sırasında eğitim amaçlı kullanılmak üzere fotoğraf çekilebileceği veya kayıt yapılabileceği anlatıldı. Buna, kimlik bilgilerinin gizli tutulması ve sadece tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile;

☐ izin veriyorum.

☐ İzin vermiyorum.

- Uygulanacak tedavi veya anestezi yöntemi için **kabul etmediklerim (varsa):**

Okudum anladım, kabul ediyorum.

Hasta Adı:

Tarih/saat:

İmza:

(Hasta onay veremeyecek durumda ise)

Hasta Yakını:

Doktor adı soyadı /unvanı imza:

Tarih/Saat:

Rızanın Alındığı Tarih Saat: