



Ürolojik Cerrahi Derneği

ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ

**ENDOPIYELOTOMİ AMELİYATI İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ**

HASTA ADI SOYADI:

PROTOKOL NO:

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.

Sayın hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- 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.
- Onay veriyorsanız, bu dokümanın en son bölümde oluşturulmuş alanı imzalayınız ve el yazınızla rıza belgesini doldurunuz.
- Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

Bu bilgilendirilmiş hasta rıza formları; üroloji bilimsel literatürü ve kılavuzları incelenerek, uluslararası üroloji meslek derneklerinin hazırlamış olduğu hasta bilgilendirme broşürleri dikkate alınarak ve özellikle Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından hazırlanmış olan formlar baz alınarak hazırlanmıştır.



Giriş

Kliniğimizde bilgilendirilmiş rıza formları ameliyat randevusu verilirken size okumanız için teslim edilmektedir.

Bu rıza belgelerinde veya hastalığınızla özellikle planlanan ameliyatınızla ilgili anlamadığınız bir durum veya daha ayrıntılı açıklanmasını istediğiniz bir konu varsa mutlaka hekiminize sorunuz.

1- Tıbbi Durum-Hastalık Hakkında Bilgilendirme

Böbrekler aslında kanı süzerek zararlı artık maddeleri idrar ile atan boşaltım organlarıdır. İdrar önce böbreklerde pelvis denilen bir bölümde birikir, buradan da idrar borusu (üreter) ile mesaneye (idrar torbasına) taşınır. Bu üreterlerin pelvise (idrar borusunun böbrekteki idrar biriken bir tür havuza) bağlandıkları bileşke noktasına üreteropelvik bileşke (ÜPB) denir. Bu bileşkede çok büyük çoğunlukla doğumsal darlıklar oluşabilir.

Üreteropelvik bileşke (UPB) darlığı/tıkanıklığı, tedavi edilmezse etkilenen böbrek fonksiyonunun bozulmasına yol açan, idrarın pelvisten üretere çıkmasına fonksiyonel veya anatomik bir engel olarak tanımlanır. Sorun günlük klinik uygulamada yaygın olarak görülür. Bu hastalar genellikle asemptomatiktir (şikayetleri yoktur). Genellikle, ilgisiz durumlar için gerçekleştirilen tesadüfi ultrason sırasında teşhis edilir. Diğer durumlarda, bazen epizodik hematüri (aralıklı idrarda kanama), ağrı veya idrar yolu enfeksiyonu ile başvururlar. Nadir başvurular ise her iki böbreğin etkilendiği hastalarda veya soliter (tek) böbrek vakalarında hipertansiyon veya böbrek yetmezliği bulgusu olan azotemidir.

Oluşum mekanizması olarak vakalar birincil ve ikincil UPB darlığı olmak üzere iki gruba ayrılır. Primer (birincil) UPB tıkanıklığının kesin nedeni bilinmemektedir. Bazı teoriler UPB 'de düz kas eksikliği olduğunu belirtir, bazı membranlarının (zarların) sürekliliği (kaybolmaması, sebat etmesi), alt kutup damarlarının UPB önünden geçerken yarattığı darlık gibi. İkincil vakalar da yaygındır ve piyelolitotomi gibi böbrek taş ameliyatları ya da bu bölgedeki tıkanıklığın onarılması için önceki girişimler vb sonucunda oluşur.

Endopyelotomi, bu vakaların tedavisi için minimal invaziv (girişimsel) bir seçenektir. Özellikle de daha önce başarısız olmuş, tekrarlanmış darlıkların tedavisinde ilk seçenek olarak düşünülebilir. Endopyelotominin prensibi, Davis tarafından geliştirilen “Entübasyonlu Üreterotomi” operasyonunda 1940’lı senelerde tarif edilmiştir. Endopyelotomi, dar olan bir üreter segmentinden (bölümünün) tam kat kalınlıkta bir insizyonun (kesisinin) bir stent takılı iken stent üzerinden haftalar içinde daha büyük bir kalibre ile yani genişleyerek iyileşeceği Davis entübasyonlu üreterotomi prensibine dayanır. İşlem antegrad nefroskopik (ciltten böbreğe bir yol açılarak) yaklaşım veya retrograd üreteroskopik (aşağıdan idrar borusundan mesaneye oradan da üretere girilerek) yaklaşım ile gerçekleştirilebilir. Yani bu darlıkların



tedavisi için hem idrar kanalından girerek idrar yollarında yukarıya doğru çıkılarak darlığa ulaşıp tedavi gerçekleştirilebilir (retrograde yol); hem de böbreğe ciltten perkütan yolla bir giriş yapılarak idrar yollarında aşağı doğru ilerlenerek darlığa ulaşıp tedavi gerçekleştirilebilir (antegrad yol).

Perkütan yolla giriş (antegrad yol)

Böbrek içerisinde veya böbrek ve mesane arasında yer alan idrar kanalının (üreter) özellikle üst bölgesinde (proksimal üreter) yerleşim gösteren taşların ve/veya darlıkların tedavisinde perkütan giriş yoluyla yapılan tedaviler güncel ulusal ve uluslararası üroloji kılavuzlarına göre tercih edilen cerrahi tekniklerdendir.

Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirilir. Bu cerrahi sırasında ameliyat masasında hasta sırt üstü pozisyonda da yüz üstü pozisyonda da yatırılabilir. Ameliyatın hangi pozisyonda yapılacağı hastanın genel tıbbi ve anatomik özellikleri, taşın böbrek içerisindeki konumu ve boyutu ile ameliyatı gerçekleştirecek cerrahın tercihi ve tecrübesine göre karar verilir. Bu ameliyat her 2 pozisyonda da yapılabilir. Sırt üstü pozisyonda yapılırken hastanın bacakları litotomi pozisyonu şeklinde yerleştirilir. Siz genel anestezi altındayken, öncelikle sistoskop (lens-optik sistemi ile endoskopik olarak kapalı şekilde) ile mesaneye girilip üretere kateter konulur. Kontrast maddenin bu kateterin içinden böbreğe doğru enjekte edilmesi ile hem böbrek taşının yerleşimi kontrol edilmiş olur hem de perkütan giriş yoluyla yapılacak ameliyat boyunca x ışınlarıyla ameliyat bölgesinin izlenmesi mümkün hale gelir. Ardından doktorunuz böbreğe ciltten bir iğne ile delik açar. Bu delik endoskopların girebileceği kadar genişletilir. Bu deliğe endoskopların böbreğin içerisine girebileceği giriş kılıfı konularak böbreğin içerisine bu kılıf içerisinden ulaşıpılır.

Perkütan girişle yapılacak ameliyatlara güvenli ve etkili bir işlemlerdir ancak çeşitli kontrendikasyonları vardır. Kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyorsanız işlem öncesinde bunları kullanmayı bırakmanız gerekir. Ancak, özel durumuzu doktorunuzla konuşmanız çok önemlidir. Ayrıca, gebeyken veya böbreğe girişi engelleyen bir fiziksel durumunuz varsa bu cerrahi önerilmez.

Ameliyata nasıl bir hazırlık yapacağınızı doktorunuz size anlatacaktır. Genel anesteziye hazırlık açısından operasyondan önceki 6-8 saat içinde yemek, içmek, sigara kullanmak yasaktır.

Bu cerrahi sonrasında birkaç gün hastanede kalırsınız. Perkütan nefrostomi tüpünüz varsa doktor veya hemşire tarafından tüpünüz çıkarıldıktan sonra taburcu edilirsiniz. İlk birkaç gün idrarınız biraz kanlı olabilir. Operasyondan sonraki ilk iki hafta fiziki egzersiz yapmayınız.

Aşağıdaki durumlarda derhal hastaneye geri dönmeniz gerekir;

- Ateşiniz çıkarsa
- Böbreğinizde veya böğrünüzde ağrı hissederseniz
- Ameliyattan bir hafta sonra hala idrarınızda kan varsa



Üreteroskopi

Üreteroskopi (URS), genellikle idrar yollarının herhangi bir bölümünde bulunan küçük ila orta boyuttaki böbrek taşlarının ve/veya üreterdeki veya üreteropelvik bileşkedeki darlıkların tedavisinde tercih edilen yöntemdir.

İşlem, genellikle hasta genel anestezi altındayken (uyutularak) yapılır.

Bu işlem esnasında bir üreteroskop (lens-optik içeren üreterin içi boyunca ilerleyebilen endoskopik alet), üretra (idrar kanalı) ve mesaneden geçirilerek üretere (idrarı böbreklerden mesaneye taşıyan tüp) veya böbreğe ilerletilir.

Üroloğun taşın ve/veya darlığın nerede bulunduğunu ve başka anormallikler olmadığını görebilmesi için üreterlerde kontrast (boya) maddeli röntgen görüntüleri kullanılabilir ve bu işleme retrograd pyelografi denir.

Uzun ince üreteroskopun ucunda yer alan minik fiber optik kamera, mesanenin ötesini, üreterlerin içine doğru görmek için kullanılır.

Bazı üreteroskoplar tıpkı ince, uzun bir saman çöpü gibi esnektir bunlara esnek veya fleksibl üreteroskop denir. Bazıları ise daha sert ve sabittir, bunlara da semirijid üreteroskop denir.

Esnek/fleksibl üreteroskopi işlemi sırasında hastanın üreterine üreteral giriş kılıfı (üreteral akses kılıf) yerleştirilebilir. Bu kılıf sayesinde cihazın üretere ve böbreğe birden fazla giriş çıkış yapması kolaylaştırılabilir, ayrıca kılıfın içerisinden sıvının dışarı akması sayesinde böbreğin içerisindeki basınç artışından kaçınılabilir çeşitli komplikasyonların önlenmesi sağlanabilir. Ancak üreteral giriş kılıfları da dar üreterlerde üreter duvarında hasara dolayısıyla ve ameliyat sonrasında uzun dönemde üreter kanalında darlıklara yol açabilir. Bu durumda hastaların ek cerrahi tedavi geçirmeleri gerekebilir. Bu cerrahi girişimler endoskopik (üreteroskop ve lazer kullanarak veya üreterde balon ile genişletilme yapılarak darlığı açma), laparoskopik darlık onarımı (laparoskopik üreteroüreterostomi) veya açık cerrahi ile darlık onarımı şeklinde uygulanabilir.

Üreteroskopi işlemi, üreter ve böbrek taşlarının ve/veya darlıkların yanı sıra üreterdeki veya böbrekteki küçük çaplı üst üriner sistem tümörlerinin tanı ve tedavisinde, büyük çaplı üst üriner sistem tümörlerinin tanısında da kullanılabilir. Üreterde darlık şüphesi olan hastalarda tanısal ve tedavi edici amaçla da üreteroskopi işlemi yapılabilir ve bu işlemlere yapıldığı bölgeye göre endoüreterotomi (üreterin içerisindeki darlığın lazerle kesilerek tedavisi) veya endopiyelotomi (böbrek ile üreter arasındaki darlığın lazerle kesilerek tedavisi) denir.

Ameliyat sonrası drenaj

Üreteroskopi ameliyatlarından sonra hastanın cerrahi geçirdiği böbreğinde oluşacak idrarın rahatlıkla, tıkanıklığa rastlamadan dışarı akmasını sağlamak, olası bir kanama durumunda erken tanı koymak, işlem sonrasında idrar yollarında oluşabilecek ödeme bağlı tıkanıklıklardan korumak, kalan taş veya taş kırıntıları olursa idrar yollarına düşerek tıkanıklık yapmasını önlemek ve hastayı enfeksiyondan ve böbrek yetmezliğinden korumak amacıyla hastanın üreterine stent (çift J veya double J veya JJ veya DJ veya pigtail stent olarak adlandırılabilir. Bir ucu böbrek içerisinde diğer ucu mesane içerisinde olan idrar kanalına yerleştirilen esnek bir tüp) yerleştirilebilir. Ayrıca bu ameliyatlardan sonra tıbbi olarak gerekli görüldüğü takdirde hastaya mesane sondası (üretral kateter) yerleştirilebilir. Bu yerleştirilen tüpler hastanın durumuna ve cerrahın tecrübe ve kararına bağlı olarak değişik zamanlarda vücuttan çıkarılır.



Çift J Stent yerleştirilmesi

İdrar yollarında yolu tıkayan bir taş, tümör veya ödeme veya yola dışarıdan bası yapabilecek herhangi bir patolojik duruma bağlı gelişen bir tıkanıklığa bağlı olarak böbrekte hidronefroz olması (böbrek toplayıcı sisteminin genişlemesi) durumunda, tıkanıklığın geçici olarak giderilmesi; böbrek içerisinde enfeksiyona bağlı pyonefroz olması (böbrek toplayıcı sisteminde enfekte, iltihaplı sıvı bulunması) durumunda böbrek içeriğinin süzülerek temizlenebilmesi; böbrek toplayıcı sisteminde bir hasar bulunması ve bu hasara bağlı olarak toplayıcı sistemde oluşan idrarın böbrek dışına kaçması (ürinom) durumunda idrarın normal yolundan akabilmesini sağlamak amacıyla hastanın üreterine çift J stent yerleştirilebilir.

Perkütan girişle yapılan ameliyatlardan sonra üreterde pıhtı veya taş kırıntısına bağlı tıkanıklık olmasını engellemek, üreteropelvik bileşkede (böbrek toplayıcı sistemi ile üreterin birleştiği nokta) ödeme bağlı tıkanıklık olmasını engellemek amacıyla hastanın üreterine çift J stent yerleştirilebilir.

Semirijid / esnek üreteroskopi ameliyatından sonra üreterde pıhtı veya taş kırıntısına bağlı tıkanıklık olmasını engellemek, cihazların geçişine bağlı olarak oluşabilecek ödem nedeniyle üreterde tıkanıklık olmasını engellemek, cihazların geçişine veya taşın bası etkisine bağlı olarak oluşabilecek hasarların iyileşmesi sırasında darlık oluşmasını engellemek, ameliyat sonrası böbrek toplayıcı sisteminin boşalmasını kolaylaştırmak amacıyla hastanın üreterine çift J stent yerleştirilebilir.

Bu stentler yumuşak bir materyalden oluşan her 2 ucu kıvrık (bir ucu mesanede diğer ucu böbrek içerisinde kıvrılır) değişik uzunluk ve kalınlıktaki stentlerdir. Aksi belirtilmedikçe 3 aydan daha uzun süre vücut içinde kalmaları durumunda, stentlerin üzerinde enkrustasyon (taşlaşma) ve/veya biofilm oluşmasına bağlı olarak tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gelişebilir. Bu durumlar böbrek kaybına hatta kronik böbrek yetmezliğine kadar gidebileceği için hastaların stent mevcudiyetini ciddiye almaları, belirtilen zamanda stentin çıkarılması için hastaneye başvurmaları gerekmektedir.

Çift J stentler, hastaların üreterine çoğunlukla sistoskopi esnasında yerleştirilir. Önce hastanın mesanesinden görünen idrar kanalının açıldığı nokta olan orifisten ilgili bölgeye doğru bir çalışma kılavuz teli gönderilir. Ardından bu kılavuz tel üzerinden çift J stent, floroskopi (ameliyathanede kullanılan röntgen cihazı) eşliğinde uygun şekilde yerleştirilir.

Sistoskopi

Bir ışık kaynağına sahip, sıvı yardımıyla ve fiberoptik sistemle görüntü sağlayan ince bir enstrümanla (sistoskop) idrar kanalından (üretra) üriner sisteme girilip mesaneye ulaşılır. Bu endoskopik görüntü sağlayan sistem ve sistoskop ile mesane içerisi gerçek zamanlı olarak direk görüntü altında değerlendirilir. Sistoskopi sırasında rastlanılan patolojik bir durum varsa uygun cerrahi girişim yapılır. Sistoskopi sırasında ek müdahale (biyopsi, koterizasyon, katater/stent takma-çıkarma) yapılmadıysa işlem bitiminde mesaneye sonda yerleştirilmez. Aksi takdirde kısa süreli sonda gerekebilir.

Çift J Stent çekilmesi

Genel yada lokal anestezi altında, hasta sırt üstü litotomi/kurbağa pozisyonuna alınır ve idrar kanalından mesanenin içerisine küçük teleskopik bir alet (sistoskop) ile girilir. Çift J stentin alt kıvrık ucu mesane içerisinde bulunduktan sonra teleskopik aletin içerisinden ilerletilen



kavrayıcı/tutucu bir cihaz yardımıyla çift J stentin alt ucu tutulur ve teleskopik cihaz ile vücut dışına alınır.

Ameliyatlara ilgili genel bilgiler

Bu cerrahiler sırasında floroskopi cihazı ile ameliyat esnasında gerçek zamanlı röntgen görüntüleri alınmaktadır. Bu görüntüleme yöntemi nedeniyle hasta ve cihazın çevresindeki tüm sağlık çalışanları cihazdan çevreye yayılan x-ray ışınlarına maruz kalmaktadır. Floroskopik görüntü alınırken hastanın idrar yollarına kontrast madde verilerek (röntgen görüntülerinde içerisine verildiği boşluğun şeklini alıp görüntülerde opak şekilde görülerek hastanın idrar yolu anatomisi hakkında bilgi edinilmesini sağlayan madde ile görüntüleme) hastanın değerlendirilmesi yapılır ve bu işleme retrograd pyelografi adı verilir.

Esnek (fleksible) / semirijid üreteroskopi ameliyatında taş ve veya darlığa ulaşılmadan önce her hastaya tanısal sistoskopi (endoskopik sistemle yani kameralı bir cihazla mesanenin taranması) yapılmaktadır. Taş ve veya darlık cerrahisinden önce yapılan bu sistoskopi işleminde eğer mesanede bir tümöral oluşuma rastlanılırsa taş cerrahisi ertelenerek görülen mevcut tümöre, uygun mesane tümörü tedavisi yapılabilir. Bu tedavi transüretal rezeksiyon – mesane tümörü (TUR-Mt) adıyla adlandırılır. Rezektoskop denilen ucunda keskin bir koter bıçağı bulunan cihazla eğer mümkünse tümörün tamamı, eğer mümkün değilse alınabildiği kadarıyla mesane tümörü kesilerek vücut dışına alınarak patolojik inceleme için laboratuara gönderilir. Mesane tümörü ile ilgili tedavi planı netleşene kadar böbrek/üreter taşı tedavisi ertelenebilir. Eğer taş ve veya darlığa bağlı tıkanıklık veya enfeksiyon gibi aciliyet gerektiren bir durum söz konusu ise hastaya çift J stent veya perkütan nefrostomi tüpü konularak aciliyetin ortadan kaldırılması planlanır.

2- Girişim-İşlem-Ameliyat Hakkında Bilgilendirme

Bu ameliyatlara yaklaşık olarak;

Perkütan yolla yapılan cerrahiler; 60-120 dakika

Semirijid / Esnek Üreteroskopi; 30-120 dakika

Çift J (Double J – Dj – Jj) Stent Yerleştirilmesi; 15-45 dakika

Ancak hastanın yatan hasta servisinden çıktıktan sonra ameliyat öncesi hazırlık/bekleme odasında beklediği süre, ameliyat sonrası nekahat odasında beklediği süre bu zamana dahil değildir. Her hastanın anatomik özellikleri ve hastalığının durumu farklı olduğundan dolayı süre hastadan hastaya değişebilir. Ayrıca ameliyat sırasında beklenmedik bir durum gerçekleşmesi ameliyatın beklenen süreden daha uzun sürmesine yol açabilir.

Burada yukarıda açıklandığı üzere ya üstten ciltten böbreğe bir yol açılarak (antegrad) ya da aşağıdan dış idrar yolundan ilerleyerek (retrograd), endoskopik aletlerle üreterin pelvise birleştiği bölgedeki darlığın açılması işlemi yapılır. Dar kısım çeşitli enerjiler ve aletler kullanılarak (Holmium lazer, elektrik akımı kullanan rezektoskop gibi) uygun bir hat boyunca tam kat (tüm üreter duvarını içerecek şekilde) kesilir. Endoskopik olarak bu durum gerekirse film çekilerek gözlenir. Daha sonra yine yukarıda tariflenen şekilde tek veya çift üreter kateterleri konularak ameliyat tamamlanır. Böylece dar kısmın genişlemiş olarak iyileşmesi hedeflenir. Ayrıca üçüncü bir yaklaşım olarak bu dar kısmı açmak ve iyileşmesini sağlamak üzere özel geliştirilmiş kateterler de retrograd yolla bu amaç için kullanılabilir. Her endoskopik



ameliyatta olduğu gibi gerek anatomik (aşırı darlık, endoskopik olarak dar kısma ulaşamama gibi) özellikler gerekse de kanama kontrolü gibi nedenlerle açık ameliyata geçilebilir. Bu durumda cilde bir kesi ile dar kısma ulaşıp çıkartılarak piyeloplasti dediğimiz cerrahi ile üreter ve pelvis yeniden birleştirilir.

Yapılacak ameliyatınızın öncesi, esnası veya sonunda doktorlarınız tarafından gerekli görüldüğü durumlarda ağızınızdan mideye, burnunuzdan mideye, cildinizden böbreğe, cildinizden mesaneye, idrar deliğinizden mesaneye veya üst idrar yollarınıza, yara yeri çevresinden ameliyat olan alanlara içeride biriken vücut sıvılarını (idrar, karın sıvısı, iltihap ve benzeri ...) almak amaçlı bazı sondalar (diren, kateter vb özel steril tıbbi malzeme) veya tüpler (kateterler) kısa/uzun süre veya daimi olarak bırakılabilir.

Hastanın tedavisi ile ilgili olarak doktorlarınız ya da başka branşlar tarafından yerleştirilmiş normalden daha farklı damar yollarınız ya da vücuda giren sondalarınız ya da oksijen desteği sağlamak amaçlı ağız burun maskeleriniz ya da soluk borunuza ilerletilmiş tüpleriniz kısa/uzun süreli veya daimi süreli olarak olabilir.

Bazı nadir durumlarda idrarı dışarı almak için vücuda yapışan torbalar kısa/uzun süre veya daimi olarak bırakılabilir.

Bazı durumlarda ürolojinin kapsamı dışındaki organlarda hastalık ile ilgili ya da ameliyat ile ilgili problemler yaşanır ise ilgili doktorlar ameliyata davet edilerek ameliyat esnasında ve/veya sonrasında görüşleri sorulabilir ve/veya ameliyata davet edilebilir ve/veya beraber takibi yapılabilir ve/veya takibi tamamen diğer branş doktorlarına devredilebilir.

Her ameliyatın sonunda hastanın sağlık durumunun daha etkin ve yakın takip edilebilmesi için hastanın hastaneye kabul edildiği üroloji servisi haricinde başka bir serviste (yoğun bakım, koroner yoğun bakım, ve benzeri ...) uyanması, takip ve tedavisinin yapılması ve hatta o servise tamamen devredilmesi gerekli olabilir.

3- Girişim-İşlem-Ameliyatın Riskleri Hakkında Bilgilendirme

Aşağıda anlatılanlar en sık rastlanılan risklerdir ve listelenmeyen bazı ender riskler de olabilir. Lütfen doktorunuza genel ya da özel herhangi bir endişeniz var ise danışınız.

Anestezi Riskleri

Ameliyat sırasında uygulanacak anestezi ile ilgili de çeşitli riskler bulunmaktadır (Genel veya spinal anestezi uygulanacaksa ayrı düzenlenmiş ve anestezi hekimince anestezi muayenesi sırasında verilmiş olan anestezi bilgilendirme formuna bakınız). Eğer size bu form verilmedi ise lütfen mutlaka isteyiniz. İhtiyaç duyarsanız ek bilgilendirme için anestezi doktorunuz ile görüşünüz. Bedeninizde özellikle anestezi sırasında kullanılan ilaçlardan herhangi birisine bağlı olarak yaşamsal sorun yaratabilecek ve ölüme neticelenebilecek bir yan etki gelişebilir. En sık yan etkiler hafif baş ağrısı, bulantı, cilt döküntüsü ve kabızlıktır.



Ameliyatın Genel Riskleri

Özellikle genel anestezi ile yapılan işlemlerden sonra bazı genel riskler söz konusu olabilir:

Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir.

Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere, kalbe veya beyine gidebilir. Bunun sonucunda ölüme sebebiyet verecek solunum yetmezliğine yol açabilir.

Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.

Cilt üzerine yapılan delikler veya kesiler bazen ciddi iz bırakabilir ve ek tedavi gerektirebilir.

Kozmetik memnuniyetsizlik yaratabilir.

Ameliyat öncesinde Aspirin, Coraspin, bebek aspirini, Coumadin, Plavix, Xaralto gibi haplar ya da içinde heparin benzeri maddeler içeren iğneleri yani genel kan sulandırıcı, kan inceltici ya da kan akımını kolaylaştırıcı ilaçlar kullanıyor iseniz bunları hemen doktorunuz ile konuşmalısınız. Bazı ilaçların ameliyat veya girişiminizden birkaç hafta önce bırakılması gerektiğinden haberdar olmalısınız. Bu ilaçlara eğer doktor bilgisi dışında devam ederseniz tedavinizde beklenmeyen yan etki ve komplikasyonlar (sorunlar) ve ayrıca kanama ile ilişkili hayatı tehdit eden ciddi problemler yaşayabilirsiniz.

Ameliyat öncesinde kanama bozuklukları ile ilgili bazı hastalıklarınız ya da şüpheleriniz var ise mutlaka doktorunuza bildiriniz. Aksi takdirde yukarıda anlatılan benzer problemleri yaşayabilirsiniz.

Ameliyat öncesinde bazı allerjileriniz (gıda, ilaç, hayvan, mevsim ve benzeri) var ise mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz. Aksi takdirde allerji ile ilişkili hayatı tehdit eden ciddi problemler yaşayabilirsiniz.

Ameliyat masasındaki pozisyonlara bağlı olarak bel, kalça, bacak ve diğer vücut ve baş bölümü ve uzuv ağrıları, his ve kuvvet kayıpları olabilir. Bu kayıplar çoğunlukla geçicidir. Ancak nadiren uzun süre tedavi gerektiren kalıcı hasarlar da olabilir.

Ameliyat masasında vücut üzerinde mikropları ve tüyleri arıtma amaçlı yapılan temizlikte kullanılan maddelere ve aletlere bağlı kızarıklık veya allerjiler, soyulma, çizilme veya kesikler meydana gelebilir. Çoğunlukla geçici olsa da nadiren ameliyat sonrası tedavi gerektiren ve iz bırakan hasarlar meydana gelebilir.

Ameliyat masasında kanamayı kontrol altına almak için kullanılan elektrik enerjisi ile çalışan cerrahi koter cihazlarının ve diğer ısı ve elektrik akımı içeren aletlerin vücuda değdiği alanlarda ısı artışına bağlı kızarıklıklar ve hafif yanıklar olabilir. Bu hasarlar nadiren ciddi tedavi gerektirip uzun dönemde kozmetik ve fonksiyon (hareket) hasarları bırakabilir.

Yukarıda bahsedilen ya da daha nadir olduğu için bahsedilmeyen bir çok nedene bağlı olarak yapılan ameliyat ile bağımlı ya da bağımsız ölüm, kalıcı/uzun süreli/geçici sakatlık, kalıcı/uzun süre/geçici bakım gereksinimi, kalıcı/uzun süreli/geçici iş görememezlik, tedavi sürecinin beklenenden daha fazla uzaması, farklı ciddi ya da hafif ameliyat veya girişimler, tedaviler veya fizyoterapiler, kalıcı ya da geçici protez veya suni uzuv kullanımı ve psikolojik ya da psikiyatrik kalıcı ya da geçici problemler gelişebilir.



Ameliyatın Özel Riskleri ve Olası Problemler

Perkütan yolla yapılan cerrahilerin komplikasyonları

1. Kan nakli gerektiren kanama görülebilir (%11,2).
2. Kontrol edilemeyen kanamalarda böbreğin alınması gerekebilir (%1'den az).
3. Septisemi (bakterilerin kana karışması ve komaya kadar ilerleyebilen tablo) gelişebilir, bu durum uzun süreli ve yoğun antibiyotik tedavisi gerektirebilir (%1'den az).
4. Çok nadir olarak bağırsaklara zarar verilebilir ve bu yüzden ek cerrahi müdahale gerekebilir (%0,1-0,3).
5. Plevrada yaralanma (akciğer zarı zedelenmesi) olabilir, akciğerlerin etrafındaki boşluğa tüp konulması gerekebilir (% 2,9).
6. Bu operasyonun amacı taşları bütünüyle temizlemek veya taşı kırmaktır. Bu hedeflerin sağlanamadığı durumlarda, eğer gerek görülürse, açık cerrahiye geçilebilir (%7-12).
7. Ameliyattan sonraki erken dönemde ya da taburcu olduktan sonra idrarla şiddetli kanama görülebilir. Eğer bu kanama kontrol altına alınamazsa anjiyografik müdahale ile kanayan damarın ağzını mühürlemek gerekebilir.
8. Uzun dönemde böbrek çıkışındaki idrar kanalında veya üreterde ek cerrahi girişim gerektirebilecek darlıklar gelişebilir.
9. Gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olarak kronik böbrek yetmezliği, böbrek kaybı, geçici veya kalıcı diyaliz ihtiyacı hatta ölüm ile karşılaşılabilir.

Üreteroskopi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Kan trasfüzyonuna neden olabilecek kanama oluşabilir. (%0,1 den az)
2. Taşın kırılması /darlığın giderilmesi için ek girişime (ESWL, perkütan cerrahi) ihtiyaç olabilir. (%10 dan fazla)
3. Foley sonda çekimi sırasında üretere yerleştirilmiş olan kateter sondaya takılabilir
4. ve sonda ile birlikte çıkabilir. Bu durumda, kateterin takılı kalması gerekiyorsa, kateteri tekrar yerleştirmek için ek girişim gerekebilir. (%0,1 den az)
5. Takılan kateterin en geç 1.5-3 ay sonra çektirilmesi gerekmektedir. Çektirilmez ise; enfeksiyona, kanamaya, taş oluşumuna, idrar şikayetleri ve idrar yollarında darlığa neden olabilir. (%5)
6. Takılan katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta geçici idrar tutamama şikayeti gelişebilir. (%10)
7. Taşın kırılması ve çıkarılması sırasında üretere hasar verilebilir ve bu hasarın giderilmesi için açık ya da kapalı ek girişim ihtiyacı olabilir. (%1 den az) Eğer yaralanma bağırsak cerrahisini gerektirirse geçici ya da kalıcı kolostomi (barsakların cilde ağızlaştırılarak gaitanın bir torbaya boşaltılması) açılabilir. (%0,1)
8. Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon oluşabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi gerektirebilir. (%5) Bu enfeksiyon durumu kana karışırsa sepsis denilen hayatı tehlikeye atabilen enfeksiyon durumu oluşabilir.
9. Ameliyattan sonra, tekrar hastaneye yatış gerektirebilecek, ağır şiddette idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. (%1.1)
10. Üreterde tıkanıklık yapan nedenin taş olduğu düşünülerek yapılan girişimlerde üreterde



ya da mesanede tümöre rastlanırsa ve hasta genel anestezi aldıysa mümkünse hastanın yakınlarına gerekli girişim hakkında bilgi verildikten sonra tümörün tedavisi için uygun girişim yapılır. Hasta yakınlarına da ulaşılamadıysa cerrah hasta için en doğru ve uygun olduğunu düşündüğü girişimi yapabilir.

11. Operasyon esnasında üreter veya mesaneye hasar verilebilir. Üreterorenoskop üreter içinde sıkışabilir, üreter zarar görebilir, hatta üreterin kan dolaşımı bozulacak şekilde boylu boyunca zarar görebilir. Bu şekilde bir yaralanma durumunda üreterin bağlı olduğu böbreğin çıkartılması (nefrektomi) zorunda kalınabilir. Üreter veya mesane hasar görmesi durumunda karından yapılacak bir kesi ile ek cerrahi onarıma ve uzun süre hastanede kalmaya neden olabilir.
12. Uzun dönemde böbrek çıkışındaki idrar kanalında veya üreterde ek cerrahi girişim gerektirebilecek darlıklar gelişebilir.
13. Gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olarak kronik böbrek yetmezliği, böbrek kaybı, geçici veya kalıcı diyaliz ihtiyacı hatta ölüm ile karşılaşılabilir.

Çift J Stent yerleştirilmesi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Hastalara çift J stent takılırken üreterde zedelenme, kanama, idrar kaçağı gelişebilir ve bunun tamiri için ek cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulabilir.
2. Hastalara çift J stent takılırken üreterde zedelenme gelişmesi durumunda uzun dönemde üreter darlıkları gelişebilir ve bu durum da ek tedavi ihtiyacı doğurabilir.
3. Hastalara çift J stent konduysa katetere bağlı kanama, sık idrara gitme, idrar yaparken yanma, idrar kaçırma gibi şikayetler gelişebilir (%12).
4. Çift J stente bağlı yan ağrısı, böğür ağrısı olabilir.
5. Çift J stent, doktorların bilgisi dışında uzun süre üreterde kalırsa, stent üzerinde enkrustasyon (taşlaşma) ve/veya biofilm oluşmasına bağlı olarak tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gelişebilir. Bu durumlar böbrek kaybına hatta kronik böbrek yetmezliğine kadar gidebilir.

Sistoskopi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Nadiren üretra hasarı, idrar sızıntısına neden olabilecek yalancı bir kanal veya daha uzun dönemde idrar akımını etkileyebilen darlık oluşabilir (%0,2 den az).
2. Mesane delinebilir ve ek cerrahi tedavi gerektirebilir (%1 den az).
3. Mesane çıkımında idrar akımına engel olabilecek ödem oluşabilir. Ödem çözülene kadar sonda yerleştirilebilir (Çok nadir).
4. İdrar yolu enfeksiyonu gelişebilir veya mevcut bir enfeksiyon böbreklere uzanabilir. Enfeksiyon kan dolaşımına karışabilir (bakteriyemi) ve tansiyon düşüklüğü, nabız artışı, ateş yüksekliği, solunum sıkıntısı gibi bulguların eşlik ettiği septisemi tablosu meydana gelebilir. Bu durumun tekrar hastaneye yatış yapılarak antibiyotikle tedavisi gerekebilir. (Çok nadir)
5. İdrar rengini koyulaştıran ve bazen idrar akımına engel olabilecek şiddette kanama oluşabilir. Ek girişime ihtiyaç duyulabilir.
6. İşlemden sonra idrar yaparken, idrar borusunda yanma ve sızlama olabilir. Genellikle geçicidir (Yaklaşık %50).



Diğer genel riskler

1. Mevcut her türlü sağlık sorunlarınız (şeker, kalp, tansiyon, guatr gibi her ne hastalığınız varsa) veya geçirmiş olduğunuz tüm ameliyatlar hakkında mutlaka hekiminizi bilgilendiriniz. Özel sağlık durumlarınız varsa (örneğin protez takılmış ise, kalp piliniz mevcutsa, herhangi bir ilaç alerjiniz söz konusuysa, tek böbreğiniz varsa gibi her türlü sağlık bilgilerinizi) hekiminize mutlaka söyleyiniz. Bunların gizli tutulması ameliyatınızla ilgili hayati öneme sahip bazı risklerin artmasına sebep olabilir.
2. Kullandığımız tüm ilaçları istisnasız (her türlü ağrı kesici dahil olmak üzere, özellikle de aspirin, cumadin gibi kan sulandırıcı ilaçlarınızı) mutlaka hekiminize söyleyiniz. Bunların gizli tutulması ameliyatınızla ilgili hayati öneme sahip bazı risklerin artmasına sebep olabilir.
3. Sigara, alkol, her türlü uyuşturucu vb her türlü alışkanlığınız hakkında bilgi veriniz. Bunların gizli tutulması ameliyatınızla ilgili hayati öneme sahip bazı risklerin artmasına sebep olabilir.
4. İstisnasız tüm ameliyatlarda yüzde yüz başarı mümkün değildir. Değişen oranlarda her ameliyatta başarısızlık olasılığı söz konusu olup hastalığınız tekrar edebilir.
5. Tüm ameliyatlardan/girişimlerden sonra belirli oranda enfeksiyon (cerrahi alan, idrar yolu, solunum yolu, hastane enfeksiyonu gibi) riski söz konusudur. Bu enfeksiyon ağırlaşırca yoğun bakım ünitesine yatış riski bulunmaktadır. Hatta sepsis dediğimiz enfeksiyonun kan yoluyla yayılması, şok tablosu gelişmesi ve ölüme varan bir tabloya dönüşmesi olasılığı mevcuttur.
6. Ameliyatlarda kullanılan tüm tıbbi cihazların en az bir tane yedeği çalışır halde mevcuttur. Buna rağmen çok nadir de olsa kullanılan cihazların peş peşe arızalanması söz konusu olabilir. Bu durum özellikle taş ameliyatları gibi cihaz bağımlı ameliyatlarda ameliyatın sonlandırılıp başka bir seansa ertelenmesine yol açabilir.
7. Salgın (pandemi) dönemlerinde hastanelerde genellikle elektif dediğimiz tıbbi aciliyet/öncelik taşımayan ameliyatlar ertelenmekte; travma/kaza gibi acil ameliyatlar veya ertelenmesi sakıncalı olan (örneğin kanser ameliyatları, idrar tıkanıklığına yol açmış taş ameliyatları gibi) ameliyatlar ilgili mevzuat dahilinde tüm önlemler alınarak yapılmaktadır. Yine sağlık oteritelerinin izin vermesi durumunda da normalleşme döneminde ilgili mevzuat dahilinde gerekli tüm önlemler alınarak ameliyatlar yine tıbbi öncelikler gözetilerek yapılabilmektedir. Ancak tüm kapalı kalabalık ortamlarda söz konusu olduğu üzere hastanelerde de bu dönemde bulaş (hastalığa yakalanma) riski söz konusudur. Esasen hastaneler tüm bulaşıcı hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Hasta olarak bu riski kabul etmeniz ve idarenin/ hekimlerinizin önerdiği tüm önlemleri (örneğin maske takmak, ziyaretçi kabul etmemek gibi) almak kaydıyla ameliyatınız yapılabilir. Aksi halde riski kabul etmeyip, kurallara uymadığınız yani bu şartlara onay vermediğiniz durumda ameliyatınız ertelenecektir.
8. Kadın hastalar için eğer hamile (gebe) iseniz veya hamilelik şüphenez (adet gecikmesi gibi) varsa **MUTLAKA HEKİMİNİZİ UYARINIZ**. Gebelik süreci ilave önlemler gerektiren bir durumdur. Aksi halde siz ve bebeğinizle ilgili ek sağlık riskleri ortaya çıkabilir. Aynı şekilde ameliyat döneminde adet kanaması geçirmekte iseniz yine hekiminizi bilgilendiriniz.



Operasyon sırasında veya sonrasında burada yazan ya da nadirliği nedeniyle değinilmeyen başka nedenlere bağlı hafif ya da ağır sorunlar (komplikasyonlar) gelişebilir. Bu komplikasyonlar ölümlü sonuçlanabilir. Uzun dönem kalıcı ya da geçici sakatlığa ve bakım ihtiyacı gereksinimine neden olabilir.

Bu risklerin bazılarında sigara içiyorsam, aşırı kilolu isem, şeker hastası isem, yüksek tansiyonumun varsa ya da daha önceden kalp hastalığım varsa daha yatkın olduğumu anlıyorum.

Eğer sigara içiyorsam, kiloluysam, şeker hastasıysam, yüksek tansiyonum varsa veya öncesinde bilinen bir kalp hastalığım varsa bazı risklerin görülme olasılığının daha fazla olacağını anladım.

4. Tıbbi İşlemin Yararları ve Başarı Şansı, Kim tarafından, Nerede, Ne şekilde, Ne zaman ve Nasıl yapılacağı, Tahmini süresi Hakkında Bilgilendirme

Çaprazlayan damar mevcudiyeti, darlığın uzunluğu, mevcut böbrek fonksiyonu, hidronefroz (böbrekteki genişlemenin) derecesi ve ameliyat sırasında kontrast ekstravazasyonu (ameliyatta kullanılan radyolojik görüntüleme ilacının idrar yollarının dışına çıkması) varlığı gibi çeşitli faktörler endopiyelotomi için başarı oranlarını etkiler. Fiber optik teknolojisindeki gelişmeler, retrograd yaklaşımla daha yüksek başarı oranlarına katkıda bulunan üreteroskopi ile daha iyi sonuçlara yol açmıştır. Dikkatle seçilmiş hastalarda (çok büyük pelvisi olmayan, o taraftaki böbrek fonksiyonu % 20'den az olmayan veya uzun daralmış UPJ segmenti 2'den kısa olan hastalarda) % 89 başarı oranıyla retrograd endopyelotomi yapılabildiğini raporlanmıştır. Bu risk faktörleri olan hastalar için laparoskopik/açık pyeloplasti önerilebilir.

Çaprazlayan varlığının mevcudiyeti, çaprazlayan damar olmayan hastalara kıyasla endopyelotomi ile daha düşük bir başarı oranına yol açtığı bulunmuştur. Bazı çalışmalar çapraz damarları olan ve retrograd lazer endopiyelotomi ile tedavi edilen hastalarda daha düşük bir başarı oranı bulmuşlardır. Endopiyelotomi ile başarı oranları hafif ila orta derecede hidronefrozu olan hastalar, ciddi hidronefrozu olan hastalara göre daha yüksek başarı oranlarına sahiptir. Endopiyelotomi ile tedavi edilen hastalarda genel başarı oranları, laparoskopik pyeloplasti ile tedavi edilenlerden daha düşüktür. Bununla birlikte, oldukça seçici bir hasta popülasyonunda, endopyelotomi, laparoskopik pyeloplastiye eşdeğer başarı oranları ile uygulanabilir. Çeşitli çalışmalarda risk faktörleri olmayan hastalarda gerçekleştirilen endopyelotomi sonrası başarı oranları laparoskopik/açık pyeloplasti ile benzer olarak raporlanmıştır.

Eğer ameliyatta biyopsi alındı ise alınan parçalar patoloji bölümüne yollanacaktır. Patolojik inceleme sonuçları yaklaşık olarak 15-20 gün içinde bildirilmektedir. Poliklinik kontrolüne geldiğinizde patoloji sonucuyla hekiminiz tarafından tekrar değerlendirilerek bilgilendirileceksiniz.

Ameliyatınız anabilim dalımız/kliniğimiz öğretim üyeleri ve/veya uzmanları ve üroloji ihtisası yapmakta olan hekimlerden oluşan, yapılacak ameliyat alanında özel olarak yetişmiş ve deneyimli bir ekip tarafından hastanemizde yapılacaktır. Bu ameliyatın zamanlama planlaması hastalığınızla ilgili uzmanlarca yapılmış olup size poliklinikte ve/veya telefonla bildirilecektir. Hasta yoğunluğu, hastalığın aciliyeti gibi hususlar belirleyici olabilmektedir. Hastaneye yatmış olmanıza rağmen ameliyat günü bazı zorunlu durumlarda ameliyatınız iptal edilip ertelenebilir.



Zorunlu durumlar özellikle boş yoğun bakım yatağı şartı olan hastalar için ameliyat günü bu imkanın olmaması, ameliyatta kullanılan cihazlarda arıza, acil ameliyat gerektiren travma gibi bir hastanın ameliyatına öncelik verilmesi veya önceki ameliyatların beklenmedik şekilde uzun sürmesi nedeniyle sonraki vakaların alınmaması gibi durumlardır. Ameliyatınızın nasıl yapılacağı ve süresi daha önce “2- Girişim-İşlem-Ameliyat Hakkında Bilgilendirme” başlıklı bölümde ayrıntılı açıklanmıştır. Tekrar inceleyebilirsiniz.

Yapılan her girişim, işlem ya da cerrahinin amacı başarılı bir sonuca ulaşmaktır. Ancak hastaya, hastalığa, ek hastalıklara, kullanılan materyallere ve ilaçlara bağlı olarak her hastada aynı yüksek başarı oranlarını elde etmek mümkün olmayabilir. Size verilen tüm bilgiler konunun uzmanlarınca belirlenmiş ve yayınlanmış olan istatistiki verilerdir. Hiçbir seride, hiçbir ameliyatta yüzde yüz hiçbir sorun çıkmadan kesin başarı elde edilmesi söz konusu değildir. Bilimsel verilerin sonuçları ile sizin üzerinizde oluşan başarı oranları aynı olmayabilir.

5- Girişim-İşlem-Ameliyat Yerine Uygulanabilecek Diğer Seçenekler

Endopiyelolitotomi için başarı şansı düşük öngörülen (örneğin çok büyük pelvis olan, o taraftaki böbrek fonksiyonu kötü olan, uzun darlığı bulunan gibi) hastalar için laparoskopik veya açık ameliyat (pyeloplasti) önerilebilir.

6- Girişim-İşlem-Ameliyatın Yapılmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Riskler

Üreteropelvik bileşke (UPB) darlığı/tıkanıklığı, tedavi edilmezse etkilenen böbrek fonksiyonunun bozulmasına yol açan, idrarın pelvisten üretere çıkmasına fonksiyonel veya anatomik bir engel olarak tanımlanır. Gerekli durumlarda tedavi edilmemesi durumunda böbreğin kaybına yol açarak böbrek yetmezliği, böbrek yetmezliğine bağlı diyaliz ihtiyacı, böbrek enfeksiyonları, enfeksiyonun tüm vücuda yayılması (urosepsis), böbrek apsesi oluşması ve ölüme kadar gidebilecek komplikasyonları mevcuttur.

Size önerilecek tedaviyi reddetmeniz durumunda size karşı özel ters bir tavır alınmayacağını ve gereken sağlık hizmetinin onayınız doğrultusunda verilmeye devam edeceğini taahhüt ederiz.

7-Tıbbi İşlem Sonrası Hakkında Aydınlatma

Tıbbi işlem sonrası uyulması gereken durumlar aşağıda tekrar belirtilmiş olup, bunlara uyulmaması ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir. Mutlaka taburcu olurken hekiminizin önerilerine harfiyen uyunuz. Ameliyatınızla ilgili tüm sonuçlarınızı özellikle varsa patoloji sonucu, radyoloji raporu gibi tetkik sonuçlarınızı takip ediniz. Mutlaka ve mutlaka ilgili polikliniğe randevu alıp kontrole geliniz. Önerilere uymamanız ve kontrole gelmemeni durumunda oluşabilecek durumlar işlemin sebep/sonuç (illiyet) ilişkisini ortadan kaldıracığından, aynı zamanda tıbbi hizmet alanın mutlak uyması gereken sorumluluklarıdır.

Kullanılması gereken ilaçların kullanılışı, önemli özellikleri ve yan etkileri



Taburcu olurken ameliyata ve her hastaya mevcut hastalıkları da dikkate alınarak kişiye özel ilaç(lar) yazılabilir. Bu durum size hekiminiz tarafından taburculuğunuz esnasında bildirilecektir. Bu ilaçları kullanmanız sizin faydanızadır. Bu ilaçlarla ilgili en ufak bir sorunuz varsa mutlaka hekiminize danışınız.

Tekrar muayene ve kontrol gerekip gerekmediği, ne zaman ve ne sıklıkta yapılması ve hangi tahlillerin yaptırması gerektiği

Her hasta için ameliyata veya hastaya özel farklı bir kontrol önerilebilir. Farklı bir kontrol zamanı önerilmediyse aksi belirtilmedikçe ameliyat olan her hastanın, ameliyatının yaklaşık 1. ayında hastalığınızla ilgili üroloji polikliniğine kontrol amaçlı randevu olarak başvurması çok önemlidir. Farklı durumlarda farklı kontrol zamanları hastalara bireysel olarak bildirilebilir.

Kişinin sağlığı için kritik yaşam tarzı/ dikkat edilmesi gereken öneriler

Her hasta için ameliyata veya hastaya özel farklı bir kritik yaşam tarzı değişiklikleri/dikkat edilmesi gerekenler önerilebilir. Bunları hekiminiz taburcu olurken size bildirecektir. Ancak her ameliyat için genel öneri olarak ameliyatı takiben özellikle iki-üç hafta boyunca sınırlı fiziksel aktivite uygulanmalıdır. Genel sağlık önerileri olarak sigara ve alkol süresiz olarak kesinlikle içilmemelidir. Poliklinik takipleri ve kontrolleri esnasında kişiye özel bir diyet programı gerekli ise ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Mutlaka hekiminizin önerilerine uyunuz.

8-Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşabileceği

Acil durumlarda (ateş, operasyon bölgesinde kanama-akıntı-yara yeri açılması, solunum-dolaşım ve şuur bozuklukları, ciddi seviyede şişme-morarma veya ağrı durumlarında vb.) acil servise başvurunuz.

9- Diğer Hususlar

Yapılacak olan ameliyatınızın ve bu hastalığınızla ilgili tıbbi tetkik sonuçlarınızın, kişisel kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalmak kaydıyla, bilimsel veri olarak, sizin ile aynı tedaviyi alan hastalar ile birlikte toplu verileri elde etmek, bilimsel yazılarda ve toplantılarda sunmak üzere kullanılması; gelecekte aynı işlem gerektiren hastalar için çok önemli ve bilimsel açıdan değerli bilgiler elde edilmesine imkan sağlayabilir.



10- Hastanın Bilgilendirilmiş Rızası

10.1. Doktorum tarafından tıp dilinde

..... olarak

açıklanan hastalığım ile ilgili olarak;

(Doktor tarafından hastanın tanısı kısaltma kullanılmaksızın yazılacaktır.)

- Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,
- Önerilen girişim –işlem – ameliyatın; kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi, beklenen yararları, başarı şansı, ölüm dahil karşılanılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,
- Önerilen girişim –işlem – ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, gerekebilecek kan/kan ürünü transfüzyonları (verilmesi, nakli) ve bu transfüzyonların olası riskleri,
- Girişim –işlem – 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,
- Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim.
- Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım.
- Sonuç hakkında garanti verilemeyeceğini biliyorum.

10.2. 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.

10.3. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu (nakli) yapılmasına izin veriyorum.

10.4. Tedavim sırasında test amaçlı doku örnekleri alınmasına izin veriyorum.

10.5. Bana uygulanacak girişim-işlem-ameliyat gerektirdiğinde, vücut dışı ve içi fotoğraf çekilmesine, diğer görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasına ve gizliliği sağlanarak arşivlenmesine izin veriyorum. Ameliyatımın verilerinin ve bununla ilgili tetkik sonuçlarımın bilimsel çalışmalar için kullanılmasını, kimlik bilgilerimin gizlenmesi kaydıyla kabul ediyorum.

10.6. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim-işlem-ameliyatların yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak izin veriyorum.

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

Varsa taraf belirtiniz: Sağ ----- Sol -----



Ürolojik Cerrahi Derneği

ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ

LÜTFEN BU FORMUN TÜM SAYFALARINI DİKKATLİCE OKUYUNUZ.
ANLAMADIĞINIZ HER KONUDA HEKİMİNİZE DANIŞINIZ.

ONAY VERMENİZ HALİNDE TÜM SAYFALARI İMZALAMAYI UNUTMAYINIZ.

X (x) Sayfadan oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okutturduğumu, anlatılanları anladığımı, kabul ettiğimi ve bir nüshasını teslim aldığımı beyan ederim.

(Hasta ya da hukuki temsilcisi kendi el yazısıyla "Okudum, hastalığı ve yapılacak işlemi ve tüm risklerini anladım, işleme izin veriyorum, bir nüshasını teslim aldım" yazarak imzalamalıdır.)

Tarih:...../...../..... Saat:.....

Hastanın ya da Hukuki Temsilcisinin

Adı Soyadı:..... İmzası:.....

Hukuki Temsilcisinin Yakınlık Derecesi:

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

Çevirmen-Tanık Adı Soyadı:.....İmzası:.....

Hastadan imza alınmadığı durumlarda; çocuk hastanın anne babasından, koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden, hukuki (yasal) temsilcileri olarak onam alınır.

Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.



Hastanın el yazısı ile dolduracağı kısımdır.

Hekimin varsa ek notları: