



**MESANE TAŞI AMELİYATI  
(SİSTOLİTOTOMİ- TRANSÜRETAL/PERKÜTAN SİSTOLİTOTRİPSİ)  
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

Mesane (idrar kesesi), böbreklerden gelen idrarı depolama (biriktirmeye) ve sonrasında kasılarak idrarı üretradan (mesaneden dışarıya idrarı taşıyan idrar yolundan) dışarı atan organdır. Sistoskopi (endoskopik olarak, ince bir tıbbi aletle üretradan girilerek bir kamera-televizyon sistemi yardımıyla) idrar kanalınızda (üretra) veya idrar torbanızda (mesane) herhangi bir sorun olup olmadığını saptamak için yapılan işlemdir. Bu cihaz organlarınızın (mesane ve üretra) iç yüzeylerini görebilmemizi sağlar. Dolayısıyla özellikle mesane içerisinde bir kitle, tümör olup olmadığını tanımasını koymak için en başarılı ve en etkin yöntemdir. Size idrarda gözünüzle ve tetkiklerde kan saptanması, sürekli idrarda yanma şikayetleriniz olması, sürekli işeme ile ilgili şikayetleriniz olması, bilinen bir mesane kanseri hastalığınız varsa bunun nüks (tekrarlama) olasılığı açısından, radyolojik yöntemlerde (ultrason, tomografi veya manyetik rezonans inceleme) idrar yollarında (böbrekten başlayarak, böbrekten mesaneye idrar taşıyan üreter denilen idrar borusu, mesane, en uçtaki üretra denilen mesaneden dışarı idrar taşıyan idrar yolu dahil olmak üzere) bir kitle-taş şüphesi olduğunda, mesaneden dışarı idrar taşıyan üretra adı verilen idrar yolunda bir sorun (darlık, tıkanıklık, taş, tümör, valv denilen kalıntı doku ve benzeri bir sıkıntı) düşünülmesi durumunda tanısal amaçlı olarak sistoskopi yapılmaktadır. Sistoskopi, şayet bir olumsuzluk saptanırsa, düzeltmek için ne yapılacağına karar verilmesini sağlar.

Sistoskopi sırasında böbrekten mesaneye gelen idrar borusu olan üreterleri de (kanama sebebini bulmak, üreterlerdeki olası taş-kitle-tıkanıklık gibi hastalıkları saptamak amacıyla) incelemek için bunlar içerisine ince bir boru (üreter kateteri) takılabilir veya çıkartılabilir ve gerektiğinde bu kateterlerden bir iğne-enjektör ile kontrast-opak madde (idrar yollarının röntgen altında görüntülenebilmesi için özel bir ilaç) madde verilerek üreterler ve böbrek röntgen (retrograd piyelografi) ile değerlendirilebilir.

Sistoskopi esnasında eğer özellikle kanser şüphesi taşıyan bir kitle veya görünüm mesane (idrar torbası), üretra (mesaneden dışarı uzanan idrar borusu) veya üreterde (böbrek ile mesane arasındaki idrar borusu) varsa biyopsi alınabilir.

Eğer sistoskopi işlemi genel veya spinal (belden) anestezi ile yapılıyorsa anestezi altında bu saptanan hastalıkların tedavisi de mümkün olabilir. Örneğin mesane içerisinde mesane kanserini düşündüren bir görünüm, kitle varsa bunun endoskopik (kapalı ameliyatla idrar yolundan girilerek) olarak kesilerek (transüretral mesane tümörü rezeksiyonu) sağlanabilir.



Aynı şekilde üretra içinde darlık, kitle, valv (doğumsal kalıntı doku) varsa bunlar kapalı ameliyatla (internal üretraktomi, valv ablasyonu) tedavi edilebilir. İdrar yollarınızda bir taş varsa kapalı yol ile (sistolitotripsi) kırılabilir.

Eğer böbrekten mesaneye idrar taşıyan idrar borusu içerisinde taş, darlık gibi sebeplerle idrar akışına engel bir durum varsa üreteri içerisinde, böbrek mesane arasına bir tür ince boru (stent, üreter kateteri, pigtail kateter, çift j kateter ve benzeri) takılması gerekebilir. Bu durumda sistoskopi sırasında üreterin mesane açıldığı yerden bu kateterin takılması sağlanabilir. Ayrıca söz konusu kateter zaten var ise çekilmesi (vücut dışına alınması) veya değiştirilmesi yine sistoskopi ile yapılabilir.

Sizde ön tetkiklerde (ultrasonografi ve/veya bilgisayarlı tomografi gibi radyolojik incelemede) mesane taşı saptanmış durumdadır. Size yukarıda bahsedilen diğer sorunlar (tümör, darlık gibi) yoksa sadece bu taşla yönelik ameliyat planlanmaktadır. Eğer söz konusu ilave sorunlar varsa bunlara da ameliyatta tedavi gerekebilir. Üretrada darlık varsa zaten mesane taşına ulaşmak mümkün değildir, önce bu darlığın açılması gerekir. Eğer sistoskopide tümör görülürse de bunun mümkünse tamamının kapalı (endoskopik) olarak çıkartılması esastır.

## 2- Girişim-İşlem-Ameliyat Hakkında Bilgilendirme

Bu ameliyat anestezi uzmanı tarafından spinal ya da genel anestezi uygulanarak yapılabilir. Endoskopik olarak bir ışık kaynağı kullanarak, sıvı yardımıyla fiberoptik (bir tür ince kamera-görüntü aktarma) sisteme sahip ince bir tıbbi aletle (sistoskop) idrar kanalından (üretra) girilip mesaneye ulaşılır. Buradaki görüntü kamera-televizyon sistemiyle doktor tarafından incelenir. Sistoskopi sırasında sadece tanısal görüntüleme yapılırsa işlem bitiminde mesaneye sonda (mesanedeki idrarı üretradan dışarı bir torbaya taşıyan ince bir tür tıbbi boru) yerleştirilmez. Ancak ek müdahale ve tedavi (biyopsi alma, taş kırma, şüpheli alanları yakma-koterize etme, endoskopik tümör ameliyatı, endoskopik darlık açma ameliyatı, üretere kateter/stent takma-çıkarma ve film çekme gibi işlemler) yapılmadıysa kısa süreli genellikle birkaç gün sonda takmak gerekebilir. Mesanede başka sorun yoksa taş kapalı yolla kırılabilir. Bu ameliyatta ilk tercih bunun idrar yolundan (üretradan) girilerek endoskopik-kapalı (transüretral litotripsi) yapılmasıdır. Bunun için pnömatik dediğimiz bir tür hava kompresörü tarzında tıbbi cihaz ile taş parçalanarak çıkartılabilir. Bir diğer enerji kaynağı ise lazerdir. Holmium lazer enerjisi ince fiber adı verilen tellerle endoskopik olarak kırılabilir. Yine kırılan taş parçaları mesane içinden kapalı yolla alınabilir. Bir diğer yöntem de özel endoskopik tıbbi cihazlarla taşı mesane içinde tutup kırmaktır (mekanik litotripsi). Ancak özellikle büyük taşlarda açık ameliyat gerekebilir. Bu durumda göbek altı bir kesi ile cilt, cilt-altı ve kas tabakaları aşılarak mesaneye ulaşılır. Mesane duvarına da bir kesi yapılarak taş çıkartılır. Sonra tabakalar usulüne uygun dikilerek kapatılır. Açık taş ameliyatı yapılırsa sonda 5-7 gün kalabilir. Yine bazı uygun hastalarda cilt ve mesane kesisinin küçük olması için göbek altından cilt ile mesane arasına bir iğne ile girilerek ve bu yol genişleterek buradan uygun endoskopik aletler ile mesane içine girilebilir. Buradan taş kırılarak çıkartılabilir (perkütan sistolitotripsi). Böylece açık ameliyattan daha küçük bir kesi ile taş çıkartılabilir.



İşlemden sonraki 1-2 gün boyunca idrar hafif kanlı gelebilir, idrar yaparken yanma, sızı olabilir. Eğer bol su tüketmenize rağmen kanamanın şiddeti azalmıyorsa veya işemenizi engelleyen bir durum ortaya çıkarsa derhal hekiminize veya acil servise başvurmanız gerekir.

Sistoskopi genellikle ayaktan, gününbirlik yapılan bir işlemdir. Sistoskopi sırasında ek müdahale yapıldı ise takip amaçlı kısa süreli birkaç gün hastaneye yatış gerekebilir.

Bu ameliyat yaklaşık olarak 30-60 dakika sürmektedir. 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.

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, dışkı, 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 kalıcı süreli olarak olabilir.

Bazı nadir durumlarda idrarı dışarı almak için vücuda yapışan torbalar kısa/uzun süre veya kalıcı 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 vermiş 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, xarelto 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 alerjileriniz (gıda, ilaç, hayvan, mevsim ve benzeri) var ise mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz. Aksi takdirde alerji 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 alerjiler, 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.

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 aybaşı (adet) kanaması geçirmekte iseniz yine hekiminizi bilgilendiriniz.

### *Ameliyatın Özel Riskleri ve Olası Problemler*

1. Nadiren üretra (mesaneden dışarı idrar taşıyan idrar borusu) 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). Bu amaçla karından mesane içine bir kateter (mesanedeki idrarı karından dışarıya bir torbaya taşıyan ince bir boru) veya açık ameliyatla mesanedeki deliğin onarılması ameliyatı gerekebilir.
3. Mesane çıkımında idrar akımına engel olabilecek ödem (şişlik) 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 sepsis (enfeksiyona karşı vücudun verdiği cevabın organlara zarar vermesine neden olabilecek kan zehirlenmesidir. Bu durumda şok, organ yetmezlikleri ölüme meydana gelebilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir) tablosu meydana gelebilir. Bu durumun tekrar hastaneye yatış yapılarak antibiyotikle tedavisi gerekebilir (çok nadir). Ancak sepsis denilen kana mikrop karışması ve sonrasında etkin tedaviye rağmen organlarda yetmezliğe yol açabilen ciddi bir duruma yol açabilir. Bunun sonucunda yoğun bakım servisine yatış ve ölüm ile karşılaşılabilir. Tıbbi literatürde sistoskopi sonrası sepsis sonucu ölüm bildirilmiştir.
5. İdrar rengini koyulaştıran ve bazen idrar akımına engel olabilecek Şiddette kanama oluşabilir. Ek girişime ihtiyaç duyulabilir. Bu amaçla sonda konulması, gerekirse yeniden ameliyatla sistoskopi yapılması gerekebilir. Bunun sonucunda kan nakli gerekebilir.
6. İşlemden sonra idrar yaparken, üretrada (idrar borusunda) yanma ve sızlama olabilir. Genellikle geçicidir (yaklaşık %50).
7. Hastalara üretere (böbrek mesane arasındaki idrar borusu) kateter takılırken üreterde zedelenme, kanama, idrar kaçığı gelişebilir ve bunun tamiri için ek cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulabilir. Üreter içerisine böbrek mesane arasına bir tür ince boru (stent, üreter kateteri, pigtail kateter, çift j kateter ve benzeri) takılması gerekebilir. Çok nadir de olsa





- açık ameliyat gerekebilir. Bu ameliyatla üreterdeki delik, kopma onarılır. Bazen de üreterin mesaneye farklı bir noktadan yeniden ağızlaştırılması-dikilmesi gerekebilir.
8. Hastalara üreter kateteri takılırken üreterde zedelenme gelişmesi durumunda uzun dönemde üreter darlıkları gelişebilir ve bu durum da ek tedavi ihtiyacı doğurabilir. Bu amaçla aynı şekilde dar yerin endoskopik ameliyatla açılması (bir tür balon şişirilerek açılması veya lazer enerjisi ile kesilerek açılması) sonrası üreter içerisine böbrek mesane arasına bir tür ince boru (stent, üreter kateteri, pigtail kateter, çift j kateter ve benzeri) takılması gerekebilir. Çok nadir de olsa açık ameliyat gerekebilir. Bu ameliyatla üreterdeki delik, kopma onarılır. Bazen de üreterin mesaneye farklı bir noktadan yeniden ağızlaştırılması-dikilmesi gerekebilir.
  9. Hastalara üreter kateteri (bir ucu mesanede, bir ucu böbrekte olan ve aradaki idrar akımını sağlayan stent) konduysa katetere bağlı kanama, sık idrara gitme, idrar yaparken yanma, idrar kaçırmaya gibi şikayetler gelişebilir (%12).
  10. Daha yerleştirilmiş üreter kateterlerinin (böbrek mesane arasına bir tür ince boru şeklindeki stent, üreter kateteri, pigtail kateter, çift j kateter ve benzeri malzeme) belirli bir zaman sonrasında (genellikle 3 ay, özel maddeden yapılanlarda 6 ile 12 ay) sonrasında çekilmesi (vücut dışına alınması) veya değiştirilmesi gerekmektedir. Gereğinden uzun kalan bu tür tıbbi malzemeler yabancı cisim reaksiyonu nedeniyle taş oluşturma, taşlaşma, iltihap, idrar akımında tıkanıklık, çekilme sırasında kopma gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Taş oluştuğunda veya bu kateter koptuğunda (bir parçası vücutta içeride kaldığında) ilave ameliyatlara (kapalı veya açık taş ameliyatları ile aynı) gerek duyulabilir. Hekim bu kalan parçayı çıkarmak veya oluşan taşları kırmak için açık veya kapalı taş ameliyatına gerek duyulabilir. Bunların sonucunda özellikle idrar akımında tıkanıklık söz konusu ise böbrek kaybı gelişebilir.
  11. Sistoskopi sonrası ateş en önemli sorundur. Bir iltihabın belirtisi olabilir. Yüksek ateş (>38 °C), terleme, titreme ve idrar yapamama gelişmesi halinde yukarıda açıklanan sepsis (kana mikrop karışması) durumu söz konusu olabilir, dolayısıyla hemen vakit geçirmeden acil servise başvurunuz. Acil serviste değerlendirildikten sonra gerekli görülürse damardan antibiyotik ve serum tedavisi almanız gerekebilir.
  12. Sistoskopi işleminin sonunda sizde tansiyon düşmesi, baş dönmesi gelişebilir ve bir süre gözlem altında tutulmanız gerekebilir. Eğer gözlem sonrasında gerekirse hastaneye yatış söz konusu olabilir.
  13. Prostat ve/veya yumurtalık (testis) iltihabı gelişebilir ve hastanın yatırılarak damardan antibiyotik tedavisi görmesi gerekebilir.
  14. Yukarıda ayrıntılı açıklanan kanama da diğer önemli bir sorundur. Dolayısıyla daha önce açıklandığı üzere aspirin ve benzeri her türlü kan sulandırıcı ilaç kullanımı ile ilgili doktorunuzun önerilerine mutlaka uyunuz. Aksi halde ciddi kanama söz konusu olabilir.
  15. Çok nadiren çok sınırlı sayıda hastada sistoskopi sırasında bazı insanlarda olası makatın yapısal özelliklerinden dolayı rektumda (bağırsakların son kısmında) delinme oluşabilir. Bu durum şiddetli karın ağrısı ve gaita (dışkı) yapamamaya yol açabilir. Akut batın ve karın iltihabı gibi ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle genel cerrahi uzmanlarına danışmak, gerekirse genel cerrahi uzmanlarınca bir karın ameliyatı yapmak gerekebilir. Böyle bir durumda geçici bir süre, genellikle birkaç ay sonra yeniden ameliyatla düzeltilmek üzere, bağırsaklar delinen yerin üst kesiminden cilde ağızlaştırılabilir



(ileostomi, kolostomi), dışkı bu durumda cilde bağlanan bir torbaya gelecektir. Dolayısıyla işlemden sonra şiddetli karın ağrısı ve/veya dışkı yapamama gibi sorunlar oluşursa hemen acil servise başvurunuz.

16. Açık mesane taşı yapılırsa ameliyatın yapıldığı cild kesisinde cerrahi alan enfeksiyonu dediğimiz bir yara iltihabı gelişebilir (%5-7). Yaramda, kızarıklık, ağrı, şişlik ve nadiren akıntı ile birlikte enfeksiyon oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler kullanılabilir, seyrek olarak yaranın bir kısmı açılabilir. Yaranın açık pansumanlar sonrası yeniden dikiş ile kapatılması gerekebilir.
17. Ameliyat bölgesinde ateş ve ağrıya yol açan apse gelişebilir. Bu durumda ultrason eşliğinde apse boşaltılabilir veya başka bir ameliyata ihtiyaç olabilir. Bu nadir bir sorundur.
18. Operasyon sırasında vücudunuza verilen pozisyona bağlı olarak operasyondan sonra kas ağrıları olabilir.
19. Ameliyat sonrası bağırsak hareketleri yavaşlayabilir ve durabilir. Bağırsaklarda şişkinlik ve kusmalara neden olabilen bu durumda sıvı ve antibiyotik gerekebilir ve hatta ek cerrahi girişime ihtiyaç doğabilir.
20. Ameliyat sonrası bağırsaklar arasında yapışıklıklar gelişebilir ve bu durum uzun dönemde bağırsak tıkanıklıklarına yol açabilir. Kısa dönemde veya uzun dönemde gelişebilecek bu komplikasyonda cerrahi tedavi gerekebilir (0,3-0,5).
21. Ameliyat esnasında sinir kesisine bağlı kas güçsüzlüğü ve buna bağlı fitığa benzer bir görünüm oluşabilir. Yara yerinde tabakaların (fasyanın) zayıflığına bağlı kısa veya uzun dönemde fitikleşme görülebilir (%1,3).
22. Özellikle şişman hastalarda, kısmen veya tamamen yara yeri açılması gelişebilir.
23. Bazı hastalarda yara iyileşmesi anormal olabilir, bu durumda yara ağzı kalınlaşabilir, kızarık veya ağrılı olabilir (%1,3). Kalıcı belirgin yara izi kalabilir.
24. Özellikle açık veya ciltten mesaneye endoskopik aletlerle girilerek (perkütan litotripsi) yapılan ameliyatlarda nadiren olası geçirilmiş cerrahiler ve yapışıklıklardan dolayı bağırsaklarda delinme oluşabilir. Bu durum şiddetli karın ağrısı ve gaita (dışkı) yapamamaya yol açabilir. Akut batın ve karın iltihabı gibi ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle genel cerrahi uzmanlarına danışmak, gerekirse genel cerrahi uzmanlarınca bir karın ameliyatı yapmak gerekebilir. Böyle bir durumda geçici bir süre, genellikle birkaç ay sonra yeniden ameliyatla düzeltilmek üzere, bağırsaklar delinen yerin üst kesiminden cilde ağızlaştırılabilir (ileostomi, kolostomi), dışkı bu durumda cilde bağlanan bir torbaya gelecektir. Dolayısıyla işlemden sonra şiddetli karın ağrısı ve/veya dışkı yapamama gibi sorunlar oluşursa hemen acil servise başvurunuz.
25. İster açık ister kapalı (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) olsun tüm taş ameliyatlarında hastanın böbrek ve idrar yolları anatomisine bağlı sebeplerle toplayıcı sisteme ulaşamaması, taşa ulaşamaması ve işlemin gerçekleştirilememesi söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda ya aynı anda ya da ayrı bir operasyon ile üreter (böbrekten çıkıp idrar kesesine uzanan idrar borusu) içine bir kateter (üreteral stent, DJ, çift J, pigtail stent) veya cilt ile böbrek arasına bir kateter (perkütan nefrostomi) takılmasını takiben daha sonra bir ameliyat planlaması yapmak gündeme gelebilir. Ayrıca idrar yollarına yapılan giriş sonrasında idrar yollarından pürülan (iltihaplı) idrar ve/veya akıntı olduğu görüldüğünde planlanan işleme devam edilmeyip uygun drenaj (üreter stenti veya perkütan nefrosyotomi) sağlanarak işleme son verilebilir. Bunun nedeni gelişebilecek ciddi





- enfeksiyonların olmasının önüne geçilmesidir. Böyle bir durumda antibiyotik tedavisini takiben hazırlıklar sonrası tekrar ameliyat planlaması yapılacaktır.
26. İster açık ister kapalı (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) olsun tüm taş ameliyatlarında taşa ulaşamama, taşın kırılmaması, kırılan taş parçalarının dağılması gibi sebeplerle geride taş kalabilir. Bu kalan taşlar için gelecekte ilave tedaviler (taş kırma veya yeniden ameliyat yapılması) gerekebilir.
  27. Her kapalı taş (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) ameliyatında açık ameliyata geçme (kanama kontrolü veya idrar yollarında oluşabilecek travmayı tamir için) olasılığı bulunmaktadır.
  28. Her taş ameliyatında ister açık ister kapalı (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) olsun kanama çok önemli bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Ameliyat sırasında böbrekte oluşan kanamayı durdurmak için yapılan tüm işlemler başarısız olursa son çare olarak böbreğin çıkartılması (nefrektomi) gerekebilir. Bu kanama ameliyattan sonra da gelişebilir. Bütün geniş hasta sayıları içeren vaka serilerinde düşük oranlarda da olsa kanama kontrolü için böbreğin alınmak zorunda kaldığı rapor edilmektedir.
  29. Yine tüm taş ameliyatlarında eğer böbrekte ciddi iltihap (apse, piyonefroz) ile karşılaşırsa enfeksiyon kontrolü için böbreğin alınması söz konusu olabilir.
  30. Yine ister açık ister kapalı (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) olsun tüm taş ameliyatlarında idrarın taşındığı toplayıcı sistem dediğimiz böbrekten başlayarak mesaneye idrar taşıyan yollarda ciddi travma oluşabilir. Örneğin üreter (böbrekten mesaneye idrar taşıyan kanal) ciddi hasar görebilir, ayrılabilir, kopabilir. Aynı şekilde böbrekte idrarın ilk biriktiği yapı olan, bir nevi idrarın toplandığı ilk havuz olan pelvis adı verilen yapıda da ciddi travma oluşabilir. Bu hasarın travma anında tamiri mümkün değilse böbrekten idrar vücuttan dışarı taşıyacak ciltten çıkabilecek bir kateter (perkütan nefrostomi) koyarak ve ileri zamanlı bir cerrahi planlanarak ameliyata son verilebilir. İleride çeşitli ilave ameliyatlara gereklilik halinde bağırsak kısımları kullanılarak pelvis ve üreter tamir edilebilir. Ancak bahsi geçen travma çok ileri boyutta ise taş ameliyatı sırasında böbreğin çıkartılması da söz konusu olabilir.
  31. Taş hastalığının en önemli özelliği tekrarlamaıdır. Tekrar taş oluşma olasılığı tüm hasta grupları için ortalama %50 olarak bildirilmektedir. Bunu özetlemek gerekirse 2 hastadan 1 tanesi 5 yıl içerisinde tüm taşları tedavi edilse dahi yeniden taş oluşturabilir. Dolayısıyla mutlaka takiplerinizi aksatmayınız, kontrollere geliniz ve istenen tetkikleri (taş analizi, idrar ve kan tetkikleri şeklindeki metabolik testleri) yaptırmayı unutmayınız. Aksi halde taş hastalığı böbrek kaybı ile sonuçlanabilir.
  32. Kadın hastalar için eğer hamile (gebe) iseniz veya hamilelik şüpheniz (adet gecikmesi gibi) varsa MUTLAKA HEKİMİNİZİ UYARINIZ. Gebelik süreci tanı ve tedavi işlemlerinde ilave önlemler gerektiren bir durumdur. Aksi halde siz ve bebeğinizle ilgili ek sağlık riskleri ortaya çıkabilir. Aynı şekilde bazı işlemleri ve tetkikleri yaparken aybaşı (adet) kanamanız varsa bu durum tahlil sonuçlarınızı ve işlemleri etkileyebilir, bu durumda yine hekiminizi bilgilendiriniz.
  33. Yine taşın özellikle de üreter içinde uzun süre aynı noktada kalmış olması üreterde impaksiyon denilen bir probleme neden olabilir, bu da taşın çıkarılmasına ve başarılı bir işleme rağmen idrar yollarında daralma (özellikle üreter darlığı) oluşabilir. BU DA İDRAR



AKIŞINI TIKAYABİLİR. BU DURUM BÖBREK KAYBINA YOL AÇABİLİR. BU SEBEPLE DE MUTLAKA TAKİP VE KONTROLLERİNİZİ AKSATMAYINIZ.

34. Mevcut her türlü sağlık sorunlarınız (şeker, kalp, tansiyon, guatr gibi her ne hastalığınız varsa) veya geçirmiş olduğunuz tüm ameliyatlara 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.
35. 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.
36. 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.
37. İstisnasız tüm ameliyatlarda yüzde yüz başarı mümkün değildir. Değişen oranlarda her ameliyatta başarısızlık olasılığı söz konusu olup hastalığınız tekrar edebilir.
38. 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.
39. 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.
40. Salgın (pandemi) dönemlerinde hastanelerde genellikle elektif dediğimiz tıbbi aciliyet/öncelik taşımayan ameliyatlara ertelenmekte; travma/kaza gibi acil ameliyatlara veya ertelenmesi sakıncalı olan (örneğin kanser ameliyatları, idrar tıkanıklığına yol açmış taş ameliyatları gibi) ameliyatlara ilgili mevzuat dahilinde tüm önlemler alınarak yapılmaktadır. Yine sağlık otoritelerinin izin vermesi durumunda da normalleşme döneminde ilgili mevzuat dahilinde gerekli tüm önlemler alınarak ameliyatlara 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.
41. Kadın hastalar için eğer hamile (gebe) iseniz veya hamilelik şüpheleniz (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**

Sistoskopinin başarısı gerçekleştirilme nedenine bağlıdır. Sistoskopi ile alt üriner sistem (üretra ve mesane) detaylı bir şekilde incelenebilir, Şüpheli oluşumlardan biyopsi alınabilir, kanayan ya da kanamaya meyilli yüzeyler koterize (yakılır) edilebilir, mesane içinde birikmiş olan pıhtı, küçük taş parçaları vb. oluşumlar çıkartılabilir, üreter(ler)e kateter yerleştirilebilir ya da daha önce yerleştirilmiş olan kateter(ler) çıkartılabilir. Bu ameliyatta ana amaç mesane taşlarının alınmasıdır. Bütün bu işlemler oldukça yüksek bir başarı oranı (%100'e yakın) ile gerçekleştirilir. Ancak bazen kullanılan cihazların işlem anında arızalanması ve/veya görüntülerinin bozulması nedeniyle sistoskopi işlemi istenildiği gibi başarılı olamayabilir. Aynı şekilde ağrı, kanama, cihaz bozulması, anestezi sırasındaki sorunlar nedeniyle işlem tamamlanamayabilir. Biyopsi sonrası nadiren patolojik inceleme sırasında, patoloji örneklerinin özel maddelerle boyanması veya mikroskop altında incelemek için uygulanan işlemlerdeki teknik sorunlar nedeniyle kesin patolojik değerlendirme mümkün olmayabilir.

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 hastalığımızla 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**

Sistoskopi tanı amaçlı gerçekleştirildiğinde genellikle radyolojik incelemeler ve laboratuvar testleri yapılmış ve sorunu açıklamakta yetersiz kalmıştır. Bu nedenle alternatif yoktur. Özellikle mesanedeki bazı hastalıkların tanısı sadece sistoskopi ile konulabilmektedir. Sistoskopi ile radyolojik tetkiklerin saptayamadığı mesanedeki kitlenin görme mümkün değildir. O yüzden bilinen mesane kanseri hastalarında hastalığın nüksünü (tekrarlamasını) saptamada altın standarttır.

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

Sistoskopi yapılmadığında özellikle altta yatan sebebin tümör olması durumunda tedavi gecikerek hastalık ilerleyebilir ve tüm vücuda yayılabilir. Özetle zaman içinde kanser dokusu büyüyüp komşu ve uzak organlara yayılabilir. Bu durum ileride ölümcül olabilir. En azından yüzeysel bir mesane kanseri ilerleyerek ileri evreye geçebilir ve bu durumda daha büyük ameliyatlara (mesanenin alınması) gerekebilir. Diğer olası hastalıklar da tanıdaki gecikme nedeniyle ilerlemesi ve bazı sorunlara yol açması (sık idrar yolu enfeksiyonu, kanama, işeme problemleri ve böbrek fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemesi gibi) söz konusu olabilir. Örneğin üreterdeki (böbrek-mesane arasındaki idrar borusu) bir taş tanısı gecikirse böbrek kaybı oluşabilir. Daha önce takılmış olan üreter kateterlerinin (böbrek mesane arasına bir tür ince boru; stent, üreter kateteri, piqtail kateter, doubl j kateter vb) belirli bir zaman sonrasında (genellikle 3 ay, özel maddeden yapılanlarda 6 ile 12 ay) çekilmesi (vücut dışına alınması) veya değiştirilmesi gerekmektedir. Gereğinden uzun kalan bu tür tıbbi malzemeler yabancı cisim reaksiyonu nedeniyle taş oluşturma, taşlaşma, iltihap, idrar akımında tıkanıklık, çekilme sırasında kopma gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Taş oluştuğunda veya koptuğunda (bir parçası vücutta içerisinde kaldığında) ilave ameliyatlara (kapalı veya açık taş ameliyatları ile aynı) gerek duyulabilir. Bunların sonucunda özellikle idrar akımında tıkanıklık söz konusu ise böbrek kaybı gelişebilir.

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 karşılabılabilecek 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 ----- .....

**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:*