



PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ

HASTA ADI SOYADI:

PROTOKOL NO:

11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı, “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”un 70.maddesi ve 01 Ağustos 1998 tarihinde yayımlanan “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 (Tanı) Hakkında Bilgilendirme

Üriner sistem taşları, idrar yollarındaki idrardan gelen kristallerin çökmesi, birikmesi ve ardından bir çekirdekçik oluşturarak geliştirdiği sert bir küttedir. Böbrekte, böbrek içerisinde idrarın olduğu ve toplandığı toplayıcı sistem içerisinde ya da üreterde (böbrekten mesaneye doğru yönelen idrar kanalı) bulunabilir.

Böbrek ve üreter taşları ağrı, idrarda kanama, ateş, genel durum bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği, çeşitli kan değerlerinde bozulma (elektrolit bozuklukları), böbrek yetmezliği, idrar yolu enfeksiyonları, böbrek içinde veya çevresinde apse gibi problemlere kendilerini gösterebilirler. Taşların boyutuna, yerleşim yerine, sebep oldukları bulgulara ve hastanın kan ve idrar tahlillerindeki bazı bulgulara göre tedavi yöntemleri değişmektedir.

Tıbbi durumun olası sebepleri ve nasıl seyredeceği:

Bu taşların tedavi edilmemesi durumu, hastalarda ağrı, idrar yollarında ve böbrekte tıkanıklık, böbrek enfeksiyonu (piyelonefrit), idrar yolu enfeksiyonu, böbrek içi iltihaplanma (piyonefroz), böbrekte apseleşme, böbrek enfeksiyonuna bağlı enfeksiyon durumunun kana ve vücuda yayılması (sepsis) ve bu duruma bağlı ölüm, böbrek fonksiyonlarının bozulması, böbrek yetmezliği gelişmesine yada böbrek fonksiyonunun tamamen kaybolmasına (böbrekte atrofî, nonfonksiyone böbrek gelişimi) neden olabilmektedir.

Bütün taşlar tedavi gerektirmez. Eğer taşınız daha önce bahsettiğimiz problemlere neden oluyorsa ve doğal yollarla kendi kendisine vücuttan çıkmıyor ise tedaviye ihtiyacınız var demektir. Önceden mevcut tıbbi hastalıklarınız varsa da doktorunuz tedavi önerisinde bulunabilir.

Acil ve acil olmayan durumlar için farklı tedavi yöntemleri vardır.

Sizi rahatsız etmeyen böbrek veya üreter taşınız varsa genellikle tedavi görmezsiniz. Doktorunuz durumunuzun daha kötüye gitmediğinden emin olmak için düzenli kontrol muayeneleri yapmak üzere size randevu verir.

Taşınızın kendi kendine vücuttan çıkması muhtemelse doktorunuz, süreci kolaylaştırmak amacıyla birtakım ilaçları reçete edebilir. Buna konservatif tedavi denir.

Taşınız büyümeye devam ediyorsa, sık ve şiddetli ağrı yapıyorsa genellikle bir tedavi görmeniz gereklidir.

Böbrek ve üreter taşları, birtakım belirtilere yol açması halinde tedavi edilmelidir. Eğer herhangi bir tıbbi belirtiniz yoksa aşağıdaki durumlarda da tedavi uygulanabilir:

- Taş büyümeye devam ediyorsa
- Başka bir taş oluşturma riskiniz yüksekse
- Enfeksiyonunuz varsa
- Taşınız çok büyükse



- Hasta özellikle tedaviyi tercih ediyorsa
- Doktorunuz aşağıdaki durumlarda üreter (böbrek ile idrar kesesi arasındaki kanal) içerisindeki taşın çıkarılmasını önerebilir:
- İdrar yolundan geçemeyecek kadar büyük görünüyorsa
 - İlaç tedavisi görmenize rağmen ağrılarınız devam ediyorsa
 - Böbrek fonksiyonlarınız durmuş veya bozulmuşsa.

2- Tıbbi İşlem Hakkında Bilgilendirme

Perkütan Nefrolitotomi

Böbrek içerisinde veya böbrek ve mesane arasında yer alan idrar kanalının (üreter) özellikle üst bölgesinde (proksimal üreter) yerleşim gösteren taşların tedavisinde perkütan nefrolitotomi ulusal ve uluslararası üroloji kılavuzlarına göre tercih edilen bir cerrahi tekniktir. Genellikle 2cm'den büyük olan taşların veya 2 cm'den küçük olan ancak hastanın vücut yapısına bağlı veya teknik sebeplerle böbrekten giriş yapılarak müdahale edilmesi gerekli olan taşların veya böbrek yada idrar kanalında bulunan bazı yabancı cisimlerin çıkartılması için kullanılır.

Bu ameliyat genel anestezi (tamamen uyuyarak) veya spinal anestezi (bölgesel uyuşturma) ile gerçekleştirilir. Ameliyat hasta sırt üstü ya da yüz üstü pozisyonda yatırılarak uygulanır. İki pozisyonun bir birine üstünlüğü çok belirgin değildir. Ameliyatın hangi pozisyonda yapılacağı hastanın genel tıbbi özellikleri, yapısal özellikleri, taşın böbrek içerisindeki konumu ve boyutu ile ameliyatı gerçekleştirecek cerrahın tercihi tecrübesine göre tercih edilir. Ameliyat sırasında bacaklar litotomi pozisyonu adı verilen bir pozisyonda yukarıya kaldırılarak genital bölgeye ulaşılacak şekilde hastaya pozisyon verilir. Uygun anestezi altında, öncelikle mesaneye girilir. Bu noktada hastanın mesanesi ile böbreği arasına bir kateter konulur. Bu kateter içerisinden verilen bir madde ve röntgen ışını altında böbrek içerisinde idrarın olduğu yerleri gösterir. Bu şekilde taşın yerleşimi tespit edilir. Uygun ekipman ve tecrübe var ise ultrasonografide bu işlemlerde kullanılır. Ardından doktor böbreğin içerisine taşın olduğu noktaya ulaşabilecek şekilde ciltten bir iğne ilerletir. İğne içerisinden bir tel böbreğin içerisine ilerletilir. İğne çekildikten sonra yerleştirilen tel üzerinden çeşitli ekipmanlar kullanılarak kameralı sistemin (nefroskop) böbreğin içerisine girmesini sağlayabilecek bir santimetreden veya 1 santimetreden daha ufak genişliği olan bir yol oluşturulur. Oluşturulan yol üzerinden bir tüp böbrekle cilt arasına yerleştirilir. Daha sonra buradan içeri girilerek taş bulunur. Bu yolla taşa ulaşılan ameliyatlarda eş zamanlı üreteroskopi (sonra anlatılacak) tekniği ile de perkütan nefrolitotomi işlemine destek olunabilir. Taşın boyutuna göre ya tam parça halinde çıkarılır ya da küçük parçalara ayrılmış olan taşlar vücut dışına alınır. Taşların parçacıklara ayrılması işlemi lazer, ultrason veya pnömotik (havalı çekiç gibi çalışır) taş kırma makineleri ile yapılır. Bu noktada bütün taş parçacıkları dışarı alınmaya çalışılır. Böbreğin içerisinde nefroskop ile tüm taşlara ulaşamıyorsa cerrahın tercihinine ve hastanın mevcut durumuna göre çeşitli ek işlemler yapılabilir. Örneğin böbreğin farklı bir noktasından ek bir veya birden daha çok giriş daha yapmak veya ayrı bir yol oluşturularak taşlara ulaşılmasını sağlamak olabilir. Böbrek içerisinde bazı odacıkların kapalı olduğu görüldüğünde veya taşın böbreğin etki kısmının altında bir yerde olduğu görüldüğünde arada kalan doku lazer, koter veya benzeri bir enerji kaynağı kullanılarak kesilip kapalı istem açılabilir ve taşa bu şekilde ulaşılabilir. Diğer bir yöntem olarak aynı yoldan esnek nefroskop diye adlandırılan ucu kıvrılabilen yumuşak kameralı sistemi kullanarak böbreğin diğer odacıklarına ve taşlara ulaşılması denenebilir. Son olarak esnek üreteroskop idrarın vücut dışına çıktığı açıklıktan önce mesane içerisine sonra oradaki kanalı kullanarak böbreğin içerisine girilerek doğal yollar kullanılarak taşlara ulaşılabilir. Bu yöntemler teknik



imkanlara, yeterliliklere ve cerrahın tecrübesine göre tercih edilebilir. Ancak bu yöntemlerin tamamı kullanılsa dahi bazı taşlara buldukları yer itibariyle ulaşılamayabilir. Bu taşlar mevcut ameliyatta çıkarılamayabilir ve daha sonra başka cerrahi müdahaleler gerekebilir. Ameliyatın sonunda idrarın böbrekten çıkmasını sağlamak amacıyla böbrekle mesane arasına bir stent (JJ-stenti), ciltten böbrek içerisine ulaşan dren benzeri bir tüp (perkütan nefrostomi tüpü) ve sonda gibi bazı kateterler yerleştirilebilir yada hiçbir şey yerleştirmeden ameliyat sonlandırılabilir.

Perkütan nefrolitotomi (PNL) ameliyatı güvenli ve etkili bir işlemdir ancak taşa doğrudan ciltten ulaşıldığı için bazı hastalarda uygulanması doğru olmayabilir yada seçici davranılması gerekebilir. Kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyorsanız işlem öncesinde bunları kullanmayı bırakmanız gerekir. Ancak, bu özel durumu doktorunuzla konuşmanız çok önemlidir. Ayrıca, gebesiz veya böbreğe girişi engelleyen bir fiziksel durumunuz varsa istisnai durumlar dışında PNL önerilmez.

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

PNL sonrasında genellikle birkaç gün hastanede kalmanız gerekebilir. 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 egzersizden kaçınmanızda fayda vardır.

Aşağıdaki durumlarda derhal hastaneye geri dönmeniz gerekir;

- Ateşiniz çıkarsa
- Böbreğinizde veya böğrünüzde ağrı hissederseniz
- Ameliyattan bir hafta sonra hala idrarınızda kan varsa
- Ameliyat sahasından idrar sızıntısı var ise

Üreteroskopi

Üreteroskopi (URS), idrar yollarında mesaneden önce herhangi bir noktada bulunan ve boyutları çok büyük olmayan taşların tedavisinde tercih edilen tedavi yöntemidir.

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

Bu işlem esnasında bir üreteroskop, üretra (idrar kanalı) ve mesaneden geçirilerek üretere (idrarı böbreklerden mesaneye taşıyan tüp) veya böbreğe ilerletilir.

Ameliyatı gerçekleştiren kişi problemin (taş, darlık, tümör, bası ve benzeri) varlığını gözlemlemeye çalışır. Bu esnada X ışını ile yapılan röntgen görüntülemelerinde idrar kanalının ve üriner sistemin yapısını anlamak için kontrast madde (bir çeşit ilaçlı boya) vererek görüntüler alır ve bu işleme retrograd piyelografi denir.

Uzun ince bir alet olan üreteroskopun minyatür bir kamera gibi fonksiyon gösterir ve bu şekilde üreterin ve böbreğin için görüntülenebilir.

Taş, yeri tespit edildikten sonra ya yakalanarak ("taş sepeti" ismi verilen bir basket yardımıyla) doğrudan dışarı alınabilir ya da büyük olduğu için taş lazer yardımıyla daha küçük parçalara ayrılarak ya dışarı alınır yada tamamen toz edilir.

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 üreterinin içerisine uzun ince bir tüp olan üreteral giriş kılıfı (üreteral akses kılıf) yerleştirilebilir. Bu kılıf sayesinde cihazın üretere ve böbreğe birden fazla giriş çıkış yapması kolaylaştırılabilir, ayrıca kılıfın içerisinden idrarın ve içeri verilen yıkama sıvısının dışarı akması sayesinde böbrek içindeki basınç artışından kaçınılır



ve 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 yani kapalı yöntemlerle yapılabileceği gibi (üreteroskop ve lazer kullanarak veya üreterde balon ile genişletilme yapılarak darlığı açma), laparoskopik (laparoskopik üreteroüreterostomi) veya açık cerrahi yöntemleri kullanılarak da yapılabilir. Bu şekilde darlık olan noktanın açılması veya onarımı sağlanır. Bu nedenle ameliyat sonrası takiplerin devam etmesi, hastaların ameliyattan bir ay sonra kontrolle gelmeleri bu darlıkları erken saptamak açısından önemlidir.

Üreteroskopi işlemi, üreter ve böbrek taşlarının yanı sıra üreterdeki veya böbrekteki küçük çaplı ve ciddi olmayan (patolojik olarak düşük dereceli) tümörlerin hem tanı hem de tedavisinde, büyük çaplı ve ciddi olan (patolojik olarak yüksek dereceli) tümörlerde ise yalnızca tanısal amaçla kullanılır (hastanın mevcut tek böbreğinde tümör olması gibi istisnai durumlarda tedavi içinde kullanılabilir). Ayrıca 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), endopiyelotomi (böbrek ile üreter arasındaki darlığın lazerle kesilerek tedavisi), balon tedavisi veya stent konulması gibi işlemlerde yardımcı olarak kullanılabilir.

Ameliyat sonrası drenaj

Perkütan nefrolitotomi ve 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) yerleştirilebilir. Bir ucu böbrek içerisinde diğer ucu mesane içerisinde olan idrar kanalına yerleştirilen esnek bir tüp) veya böbreğine perkütan nefrostomi (bir ucu böbrek içerisinde olan ve diğer ucu ciltten dışarı çıkarak bir torbaya bağlanan 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, yerleştirilen materyalin kaldığı süreye ve beraberinde getireceği ek bulgulara bağlı olarak değişik zamanlarda vücuttan uygun yöntemler kullanılarak çıkarılır.

Üreteral 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 piyonefroz 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 üreteral stent yerleştirilebilir. Stentler kullanılan materyale ve şekillerine göre birbirlerinden farklılık gösterirler. En çok kullanılan üreteral stent çift J stenttir. Perkütan nefrolitotomi ameliyatından 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 üreteral 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 üreteral 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 3-6 aydan daha uzun süre vücut içinde kalmaları istenmemektedir. İçeride kalma süreleri ve hastanın idrarındaki yapısal özellikler stentlerin üzerinde enkrustasyon (taşlaşma) ve/veya ince bir katman (biofilm) oluşmasına neden olabilir. Bu durumda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gelişebilir. Hatta takipten çıkan ve stenti unutulmuş hastalarda böbrekte ciddi fonksiyon kaybı ve hatta kronik böbrek yetmezliğine kadar gidilebilecek bir süreç gözlenebilir. Bu nedenle hastaların stent mevcudiyetini ciddiye almaları, belirtilen zamanda stentin çıkarılması için hastaneye başvurmaları gerekmektedir.

Üreteral 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 üreteral stent, floroskopi (ameliyathanede kullanılan röntgen cihazı) eşliğinde uygun şekilde yerleştirilir.

Perkütan Nefrostomi yerleştirilmesi

Perkütan nefrostomi, böbreğin toplayıcı sistemi içerisinde vücut dışına ciltten çıkarak ulaşan kateterdir. Bu kateter sayesinde toplayıcı sistemdeki idrar ve/veya iltihaplı sıvı vücut dışına yönlendirilebilir. 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 hastaya perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilebilir. Perkütan nefrolitotomi ameliyatının sonunda idrarın böbrekten çıkmasını sağlamak ve/veya giriş yapılan bölgeden kanamayı engellemek amacıyla perkütan nefrostomi tüpü yerleştirilebilir.

Sistolitotripsi (Mesane taşı endoskopik cerrahisi)

Mesane içerisinde bulunan taşların kırılması ve/veya mesaneden vücut dışına çıkarılması işlemidir. Bu işlem için sistoskop veya herhangi bir teleskopik/endoskopik cihaz ile idrar kanalından idrar yollarına girilerek mesaneye ilerlenir. Eğer mesane içerisindeki taşlar kırılmayı gerektirmeden vücut dışına çıkabilecek büyüklükteyse, cihazın içerisinde mesane yıkaması yapılarak veya cihazın içerisinde ilerletilen taş kavrayıcı cihazlar ile tutularak vücut dışına alınır. Eğer taşlar vücut dışına çıkabilecek büyüklükte değilse, cihazın içerisinde taşların parçacıklara ayrılması işlemi sağlayacak lazer, ultrasonik (titreşerek çalışır) veya pnömotik (kompresör cihazı gibi çalışır) taş kırma cihazları ilerletilir ve mesane içerisinde taşlar küçük parçalara ayrılarak mesane yıkaması yapılarak veya cihazın içerisinde ilerletilen



taş kavrayıcı cihazlar ile tutularak vücut dışına alınır. Mesane içerisindeki taşların ileri derecede büyük boyutta olması ve/veya çok sayıda olması durumunda, göbek altı bölgeden mesane içerisine bir iğne batırılarak, bu iğne üzerinden bir giriş yolu oluşturulur ve böylece mesane ve göbek altı bölgesi arasına bir giriş kılıfı yerleştirilir. Bu yolla mesane içerisine benzer cihazlarla girilerek çok sayıda ve büyük boyuttaki taşların kırılması sağlanabilir.

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.

Üreteral stentin 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. Üreteral stentin alt ucu mesane içerisinde bulunduktan sonra teleskopik aletin içerisinden ilerletilen kavrayıcı/tutucu bir cihaz yardımıyla üreteral stentin alt ucu tutulur ve teleskopik cihaz ile birlikte çekilerek vücut dışına alınır.

Ameliyatlara ilgili genel bilgiler

Her taş ameliyatında florokopi 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.

Ayrıca kliniğimizde perkütan nefrolitotomi, semirijid veya esnek üreteroskopi, sistolitotripsi ameliyatları aynı seansta hem aynı böbrek için hem de farklı 2 böbrek için aynı anda uygulanabilmektedir. Bu ameliyatlar aynı böbrekte uygulanırsa işlemin adı endoskopik kombine intrarenal cerrahi ("Endoscopic Combined IntraRenal Surgery" ECIRS), aynı anda 2 farklı böbrek için uygulanırsa işlemin adı simültane bilateral endoskopik cerrahi ("Simultaneous Bilateral Endoscopic Surgery" SBES) şeklinde ifade edilir. Bu cerrahiler, her ameliyat tipi için geçerli genel bilgilendirme esaslarını içerisinde barındırırlar. Bu cerrahilerin sonunda cerrahin tercihinə göre tek böbreğe veya her 2 böbreğe üreteral stent ve/veya perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilebilir.

Hem perkütan nefrolitotomi, hem de esnek / semirijid üreteroskopi ameliyatında taş ulaşmadan önce her hastaya tanısız sistoskopi (endoskopik sistemle yani kameralı bir cihazla mesanenin taranması) yapılmaktadır. Taş cerrahisinden önce yapılan bu sistoskopi işleminde eğer mesanede bir tümöral oluşuma rastlanılırsa taş cerrahisi ertelenerek görülen mevcut tümör endoskopik cerrahi uygulanarak çıkarılır. Bu daha sonra yapılması gereken tedavinin ilk adımıdır. Ancak hastanın durumunu değerlendiren hekim bu tümörün belirtilen ilk tanı ve tedavisini yapabileceği gibi farklı bir seansta bu tümöre müdahale edilmesinin daha uygun olabileceğini düşünerek hiç bir işlem uygulamadan (taş cerrahisi ve tümör cerrahisi



uygulamadan) hastayı uyandırılabilir. İzlenen tümörün endoskopik olarak çıkarılması işlemine transüretral rezeksiyon – mesane tümörü (TUR-Mt) adı verilmiştir. Rezektoskop denilen ucunda keskin bir koter bıçağı bulunan cihazla eğer mümkünse tümörün tamamı, eğer mümkün değilse alınabildiği kadarını keser ve cerrah aynı cihazın içerisinden kesilen parçaları vücut dışına alınarak patolojik inceleme için laboratuara gönderir. Mesane tümörü ile ilgili tedavi planı netleşene kadar böbrek/üreter taşı tedavisi ertelenebilir. Eğer taşa bağlı tıkanıklık veya enfeksiyon gibi aciliyet gerektiren bir durum söz konusu ise hastaya öncelikle perkütan nefrostomi tüpü veya üreteral stent konulur ve aciliyetin ortadan kaldırılması planlanır.

Bu ameliyatlar yaklaşık olarak;

- Perkütan Nefrolitotomi; 60-180 dakika
- Semirigid / Esnek Üreteroskopi; 30-120 dakika
- Sistolitotripsi; 30-60 dakika
- Üreteral Stent Yerleştirilmesi; 15-45 dakika
- Perkütan Nefrostomi Kateteri Yerleştirilmesi; 15-45 dakika sürmektedir.

Ancak hastanın yatan hasta servisinden çıktıktan sonra girişim/ameliyat öncesi hazırlık/bekleme odasında beklediği süre, girişim/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 girişim/ameliyat sırasında beklenmedik bir durum gerçekleşmesi girişim/ameliyatın beklenen süreden daha uzun sürmesine yol açabilir.

Yapılacak girişim/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/gaitayı (dışkıyı) dışarı almak için vücuda yapışan torbalar kısa/uzun süre veya daimi olarak bırakılabilir.

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

Her girişim/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- Tıbbi İşlemin 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:



Girişim/Ameliyat sırasında uygulanacak anestezi ile ilgili de çeşitli riskler bulunmaktadır (Genel 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.

Lokal anestezi uygulamasının içerdiği riskler;

1. Anestezi yeterli düzeyde etkili olmayabilir ve işlem sırasında bir miktar ağrı duyulabilir.
2. Kullanılan lokal anestetik maddeye karşı aşırı duyarlılığı olanlarda solunum ve kalp durmasına kadar ilerleyebilen alerjik reaksiyonlar görülebilir.
3. Lokal anestezi yapılan bölgede bölgesel reaksiyonlar (kızarıklık, kaşınma, şişlik, ısı artışı gibi) görülebilir.

Tıbbi İşlemin 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.

Girişim/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.

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

Girişim/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.

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

Girişim/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.

Girişim/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 gerektiren uzun dönemde kozmetik ve fonksiyon (hareket) hasarları bırakabilir.



Yukarıda bahsedilen ya da daha nadir olduğu için bahsedilmeyen bir çok nedene bağlı olarak yapılan girişim/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.

Tıbbi İşlemin Özel Riskleri ve Olası Problemler:

- **Ameliyatlara bağlı komplikasyonlar**

Tıbbi İşlemin Özel Riskleri ve Olası Problemler:

- **Ameliyatlara bağlı komplikasyonlar**

Perkütan nefrolitotomi 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 barsaklara 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. Çok nadir sağ tarafta yapılan işlemlerde karaciğer yaralanması, sol tarafta yapılan işlemlerde dalak yaralanması olabilir (<%0,1). Bu durumda genellikle izlem yeterli olmaktadır ancak ek cerrahi müdahaleler de gerekebilir.
7. Bu operasyonun amacı taşları bütünüyle temizlemek veya taşı kırmaktır, ancak bu her zaman tam olarak gerçekleşemeyebilir. Özellikle büyük boyutlu taşların ameliyatı uzatacağı ve hastayı riske atacağı düşünülebilir bu nedenle işlem yarıda bırakılarak ikinci bir seansta girişim yapılması planlanabilir. Ayrıca her parçanın çıkarılamayabileceği, bazı parçaların röntgen görüntüsünün olmaması nedeniyle gözden kaçabileceği yada ek işlemlerle çıkartılmasının hastanın sağlığına kar/zarar dengesi açısından uygun görülmebileceği bilinmelidir.
8. Taşların çıkarılmasının zor olacağı, teknik aksaklıkların olduğu, cihazlarla ilgili problemlerin olduğu, ameliyat sırasında yaralanmaların olduğu durumlarda hedeflerden sapma olduğu için eğer gerek görülürse, açık cerrahiye geçilebilir (<%1).
9. İşlem sırasında giriş yapılan noktadan böbrek dışına taş parçaları kaçabilir (<%1). Bunların klinik olarak bir anlamı yoktur, ancak görüntü olarak kafa karıştırıcı olabilir. Bu böbrek dışına çıkan taş parçaları enfeksiyona neden olmuyor ise tedavi gerektirmezler.
10. Ameliyat sırasında kullanılan lazer probu, kılavuz telleri, hastanın örtümünde kullanılan drape ve benzer ürünler işlem sırasında böbreğin iç havuzuna kaçabilir yada burada kalabilirler. Bu durumda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olabilir ve bu yapıların çıkarılması için başka işlemler gerekebilir (<%1)
11. 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.
12. Uzun dönemde böbrek çıkışındaki idrar kanalında veya üreterde ek cerrahi girişim gerektirebilecek darlıklar gelişebilir.
 13. Böbreğe ulaşım için kullanılan ciltteki delikten dışarı kan veya idrar sızıntısı olabilir. Bu problemler kendisini sınırlayıp kaybolur ancak bazen idrar sızıntısı uzun süre devam edebilir. Bu duruma ürokütenöz fistül denir. Bu durumda enfeksiyonda gözlenebilir. Bu durumda özellikle uzamış idrar sızıntısında hastaya ek işlemler gerekebilir (%1-5)
 14. Gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olarak kronik böbrek yetmezliği, böbrek kaybı, geçici veya kalıcı diyaliz ihtiyacı hatta ölüm ile karşılaşılabilir.
 15. İşlem sırasında röntgen (X-ray ışınları) kullanılmaktadır. Bu nedenle geçmiş radyasyon maruziyetinizin öyküsünü işlemden önce doktorunuza bildirmeniz gerekmektedir. Eğer gebe iseniz veya gebe olabileceğinizden şüpheleniyorsanız muhakkak doktorunuza bilgilendirmeniz gerekmektedir.
 16. İşlem sırasında kullanılan kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. İlaçlara, kontrastlı boyalara ve iodeine alerjisi olan hastaların bu durumu doktorlarına iletmesi gerekmektedir.
 17. Barsaklar içerisinde fazla miktarda gaz olması, bu işlem sırasında üriner sistemin görüntülenmesini engelleyebilir ve işlemi başarısız kılabılır.

Üreteroskopi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Kan trasfüzyonuna neden olabilecek kanama oluşabilir. (%0,1 den az)
2. Taşın kırılması için ek girişime (ESWL, perkütan cerrahi) ihtiyaç olabilir. (%10 dan fazla)
3. Foley sonda çekimi sırasında üretere yerleştirilmiş olan katater sondaya takılabilir ve sonda ile birlikte çıkabilir. Bu durumda, kateterin takılı kalması gerekiyorsa, kateteri tekrar yerleştirmek için ek girişim gerekebilir. (%0,1 den az)
4. Takılan kateterin en kısa sürede çekilmesi gerekmektedir (genellikle maksimum 3-6 ay). Her üreteral stentin vücutta kalma süresi değişiktir. Ancak üreteral stentler uygun zaman dilimi içerisinde çekilmediğinde enfeksiyona, kanamaya, taş oluşumuna, idrar şikayetleri ve idrar yollarında darlığa neden olabilir. (%5)
5. Takılan katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta geçici idrar tutamama şikayeti gelişebilir. (%10)
6. 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 ağzlaştırılarak gaitanın bir torbaya boşaltılması) açılabilir. (%0,1)
7. Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon oluşabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi gerektirebilir. (%5) Bu enfeksiyon durumu kana karışırsa 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) denilen hayatı tehlikeye atabilen enfeksiyon durumu oluşabilir.
8. Ameliyattan sonra, tekrar hastaneye yatış gerektirebilecek, ağır şiddette idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. (%1.1)
9. 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.

10. 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.
11. Uzun dönemde böbrek çıkışındaki idrar kanalında veya üreterde ek cerrahi girişim gerektirebilecek darlıklar gelişebilir.
12. Gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olarak kronik böbrek yetmezliği, böbrek kaybı, geçici veya kalıcı diyaliz ihtiyacı hatta ölüm ile karşılaşılabilir.

Üreteral Stent yerleştirilmesi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Hastalara üreteral stent takılırken üreterde zedelenme, kanama, idrar kaçağı gelişebilir ve bunun tamiri için ek cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulabilir.
2. Hastalara üreteral stent takılırken üreterde zedelenme gelişmesi durumunda uzun dönemde üreter darlıkları gelişebilir ve bu durum da ek tedavi ihtiyacı doğurabilir.
3. Hastalara üreteral stent konduysa katetere bağlı kanama, sık idrara gitme, idrar yaparken yanma, idrar kaçırma gibi şikayetler gelişebilir (%12).
4. Üreteral stente bağlı yan ağrısı, böğür ağrısı olabilir.
5. Üreteral 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.

Sistolitotripsi ameliyatına bağlı komplikasyonlar

1. Sistoskopi ameliyatına bağlı risklere ek olarak kullanılan taş kırma cihazına bağlı olarak mesane duvarında hasar gelişebilir.
2. Mesaneye göbek altı bölgeden bir yol açılarak yapılan sistolitotripsi ameliyatlarında, bu bölgenin iğne ile müdahalesi ve yolun genişletilmesi sırasında nadir olarak kanama ve barsak yaralanmaları gelişebilir. Bu durumlar ek cerrahi girişime, barsak onarımına hatta ileri derece yaralanmalarda barsaklardan belirli bir uzunlukta segmentin çıkarılmasına ihtiyaç duyulabilir.

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. 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 nefrosytomi) sağlanarak işleme son verilebilir. Bunun nedeni gelişebilecek ciddi enfeksiyonların olmasının önüne geçilmesidir. Böyle bir durumda antibiyotik tedavisini takiben hazırlıklar sonrası tekrar ameliyat planlaması yapılacaktır.
2. 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.
3. Her kapalı taş (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) ameliyatında açık ameliyata geçme (kanama kontrolü veya idrar yollarında oluşabilecek travmayı tamir için) olasılığı bulunmaktadır.
4. 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 (nefektomi) 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.
5. Yine tüm taş ameliyatlarında eğer böbrekte ciddi iltihap (apse, piyonefroz) ile karşılaşırsa enfeksiyon kontrolü için böbreğin alınması söz konusu olabilir.
6. Yine ister açık ister kapalı (üreteroskopik ya da perkütan endoskopik) olsun tüm taş ameliyatlarında idrarın taşındığı toplayıcı sistem dediğimiz böbrekten başlayarak mesaneye idrarı 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 idrarı 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.

7. 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.
8. 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.
9. Yine taşın özellikle de üreter içinde uzun süre aynı noktada kalmış olması üreterde impaksiyon denilen bir probleme neden olabilir, bu da taşın ıkarılmasına 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.**
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. İstisnasız tüm ameliyatlarda yüzde yüz başarı mümkün değildir. Değişen oranlarda her ameliyatta başarısızlık olasılığı söz konusu olup hastalığınız tekrar edebilir.



14. 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.
15. 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.
16. 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 otoritelerinin izin vermesi durumunda da normalleşme döneminde ilgili mevzuat dahilinde gerekli tüm önlemler alınarak ameliyatlar yine tıbbi öncelikler gözetilerek yapılabilir. 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.
17. 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.

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

Bu risklerin bazılarına 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

Perkütan nefrolitotomi ameliyatları yüksek cerrahi başarı, yüksek taşsızlık oranları ve düşük komplikasyon riskleri ile uygulanmaktadır. Her taş ameliyatında akılda tutulması gereken önemli noktalar vardır. Her taş ameliyatı olan hasta aklında tutmalıdır ki, ameliyatın güvenli bir biçimde ilerlemesi en önemli hedefdir. Bu nedenle eğer taşın bulunduğu nokta cihazların ulaşamadığı bir nokta ise, eğer idrar kanalları cihazların geçişine izin vermeyecek şekilde dar



ise, eğer idrar yollarında ameliyattan önce bulgu vermeyen ancak ameliyat esnasında farkedilen enfeksiyon bulguları varsa, eğer ameliyatın herhangi bir noktasında böbrekten iltihaplı idrar geldiği görülürse, eğer ameliyat süresi hastaya zarar verecek kadar uzarsa, eğer taşın veya cerrahi işlemin böbrek veya idrar yoluna zarar verdiği ve ameliyata devam etmenin bu zararı arttıracığı düşünülürse taşın tamamı kırılmadan veya vücut dışına alınmadan hatta taş ile ilgili hiçbir işlem yapılmadan işleme son verilip, hastaya çift J stent veya perkütan nefrostomi tüpü (ilerleyen bölümlerde anlatılacak) takılarak ameliyat sonlandırılabilir. Bu gibi durumlarda hastanın birden fazla farklı cerrahi girişime ihtiyacı olabilir. Bu basamaklı tedavi yöntemi hastayı korumak amaçlıdır.

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 istatistikî 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- Tıbbi İşlem Yerine Uygulanabilecek Diğer Seçeneklerin Fayda ve Riskleri

Üriner sistem taş hastalıklarına yönelik güncel cerrahi tedaviler yukarıda anlatılmıştır. Bu güncel tedavi seçenekleri dışında hastalara açık cerrahi yapılarak böbrek/üreter/mesane taşları tedavisi yapılabilmektedir ancak bu açık cerrahi seçeneği güncel Avrupa, Amerika ve Türk Üroloji Kılavuzları tarafından en son seçenek olarak bildirilmiştir ve uzun senelerdir gelişmiş Üroloji Klinikleri tarafından uygulanmamaktadır.

Hastaların güncel tedavi seçenekleri ile tedavisinden sonra hastalara metabolik değerlendirme (kan ve idrar tahlilleri ile) yapılarak, sonuçlara göre bazı hastalara ilaç ve/veya diyet tedavisi verilebilir. Bu tedavi taş hastalığının tedavisinden çok, taş hastalığının tekrarını engellemek amacıyla uygulanmaktadır.

6- Tıbbi İşlemin Yapılmaması/Reddi Durumunda Karşılaşılabilecek Riskler

Taşlar eğer idrar yollarında tıkanıklığa sebep oluyor ve hasta, tıkanıklığı giderecek bir tedavi almıyorsa (Çift J stent takılması, perkütan nefrostomi kateteri takılması veya taş cerrahisi) bu tıkanıklık durumu hastalarda böbrek yetmezliğine, böbrekte ciddi enfeksiyon durumuna (pyonefroz, pyelonefrit) ve buna bağlı böbreğin çıkarılmasına sebep olabilecek kadar ciddi acil cerrahi girişime, böbrek yetmezliğine, böbrek yetmezliği nedeniyle geçici veya kalıcı olarak



diyaliz ihtiyacının gelişmesine, enfeksiyon ve/veya böbrek yetmezliği ve/veya acil cerrahi girişim nedeniyle ölüme sebep olabilecek riskler ortaya çıkabilir.

Tüm cerrahi ve/veya medikal tedaviler, hastaların aydınlatılmış onam formunu okuyup anladığının teyit edilmesini takiben alınan onay sonrası uygulanmaktadır. Hastaların onay vermemesi halinde hiçbir tedavi yöntemi uygulanmayacaktır.

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 alarak 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 tıbbi işlemin 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. Bu konuda ve vücuduma ait tıbbi işlem sırasında alınan doku, organ ve laboratuvar örneklerinin bu amaçlarla kimlik bilgilerim saklı kalmak şartıyla kullanılabilmesi konusunda bilgilendirildim.



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: