**Sayın hastamız;**

Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

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

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

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. Böyle bir talebiniz varsa, **Bilgilendirilmeyi Ret Etme Tutanağı** düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, **Tedaviyi Ret Etme Tutanağı** düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

***BİLGİLENDİRME BROŞÜRLERİ***

***1.*** *Meme kanseri bilgilendirme broşürü*

***2.*** *Meme ameliyatları sonrasında gelişebilecek kol şişmesi (lenfödem) bilgilendirme ve egzersiz broşürü*

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Meme ve Endokrin Cerrahisi Birimi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **KOLTUK ALTI LENF BEZLERİNİN TEMİZLENMESİ****(AKSİLLER DİSEKSİYON)****AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ** |  |

**Sayın** ………………………………… ……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tanı** | Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sağ/sol/her iki koltuk altınızda ameliyat gerektiren bir saptanmıştır. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Önerilen Ameliyat** | Size koltuk altı lenf bezlerinin tamamının temizlenmesini (aksiller lenf nodu diseksiyonu) öneriyoruz. Bu ameliyatta; koltuk altındaki lenf bezleri o bölgedeki bir kısım yağlı dokular ile birlikte gerektiği miktarda çıkartılacaktır.Ameliyat tamamen uyutularak (genel anestezi) yapılacak ve çıkartılan bütün parçalar incelenmek üzere patolojiye gönderilecektir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diğer Ameliyat Seçenekleri ve Riskleri** | Bu hastalık için; 1. Koltuk altı lenf bezlerinden örnek alınarak sıçrama varsa lenf bezlerinin temizlenmesi, sıçrama yoksa koltuk altı lenf bezlerinin bırakılması veya
2. Koltuk altı lenf bezlerine hiç dokunulmaması seçeneği de vardır.

Ancak koltuk altı lenf bezlerinize hastalığın zaten sıçradığı tespit edildiğinden bu seçenekler sizin için uygun değildir ve tedavinizin eksik kalmasına neden olabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatı Yapacak Ekip ve Süresi** | Ameliyat; XXXXX’nde görev yapan öğretim üyeleri veya onların gözetiminde uygun kıdemdeki araştırma görevlileri tarafından hastane ameliyathanesinde yapılacaktır. Süresinin; ameliyatın gidişatına ve hastanın durumuna göre değişeceğinden tam olarak bilinmesi mümkün değildir. Ameliyattan sonra herhangi bir ek sorun ortaya çıkmaması durumunda genellikle 1 gün hastanede kalmanız gerekecektir. Ancak bu süre uzayabilir.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatın Başarı Şansı ve Tekrarlama Olasılığı** | Bu ameliyat ile koltuk altına yayılmış olan hastalık bölgesel olarak kontrol altına alınacak ve daha sonra yapılacak diğer tedaviler için bir fikir edinilmiş olacaktır. Ancak ameliyattan sonra çıkacak patoloji sonucuna göre; hastalığın vücuttan tamamen uzaklaştırılabilmesi için gerektiğinde ilaç (kemoterapi), ışın (radyoterapi) veya hormon tedavileri uygulanabilir. Koltuk altı lenf bezi temizliği hastalığın ileri derecede yayıldığı durumlarda orada bulunan damar ve sinirlere zarar verme riski taşıyacağından tam anlamıyla yapılamayabilir. Bu duruma ameliyatta karar verilecektir. Hastalığın tekrarlaması veya temizlenmemiş lenf bezi kalması durumunda yeniden ameliyata karar verilebilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **İstenmeyen Yan Etkiler** | Ameliyata bağlı olarak; kanama, enfeksiyon, akciğer dokusunda kısmi kapanma (atelektazi), meme derisinde kısmi kayıp (nekroz), kötü yara iyileşmesine bağlı olarak yara izinin belirginleşmesi, sinir veya damar yaralanmaları nedeniyle kollarda veya göğüs duvarında keçelenme, hissizlik veya hareket kısıtlılığı, kol şişmesi (lenfödem), ameliyat yerinde kan veya sıvı birikmesi gibi istenmeyen durumlar görülebilir. Nadir de olsa kan veya kan ürünleri verilmek zorunda kalınabilir. Yine nadir de olsa pıhtılaşma veya emboli atma (tromboemboli) ve ölüm riski de vardır. Biyolojik doğası çağdaş yöntemlerle tam olarak açıklanamamış, dolayısıyla tespit edilmesi zor olan mikroorganizmalarla (SARS, MERS, Covid-19 vb) enfekte olma olasılığı vardır.Gerektiğinde kanama, deri beslenme bozukluğu gibi bazı yan etkilerin ortadan kaldırılması için tekrar ameliyat kararı alınabilir. Bu sorunlara müdahale edebilecek sağlık personeli klinikte ve hastanede mevcuttur. Ekibe; XXXX numaralı telefondan ulaşmak mümkündür. Anestezi almaktan dolayı oluşabilecek yan etkiler anestezi uzmanlarınca ayrıca anlatılacaktır. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kullanılacak İlaçlar** | Ameliyatta veya daha sonra duruma göre; ağrı kesici, antibiyotik, kanama durdurucu, kan sulandırıcı, ağızdan veya damardan beslenme ürünü, mide koruyucu, bulantı giderici, diyabet önleyici, tansiyon düşürücü gibi ilaçlar kullanılabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatın Kabul Edilmemesi** | Ameliyatın reddedilmesi durumunda; hastalık ilerleyebilir ve geç kalınması durumunda tedavi zorlaşabilir veya imkânsız hale gelebilir. Bunun sonucunda özellikle kanser varlığında hayati risk oluşturabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hasta Hakları ve Sorumlulukları** | Hastanede kalındığı süre içinde, hastaların sahip olduğu haklar ve uymakla yükümlü olduğu sorumluluklar konusunda hastane hakları biriminden (Telefon: XXXX) bilgi alınabilir.  |

|  |
| --- |
| **SORDUĞUM TÜM SORULARA YANIT ALDIM** |
| **Tedavim için uygulanacak olan tıbbi ve cerrahi işlemlerin tamamını kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın;**(yukarıdaki boş alana hastanın kendi el yazısı ile **KABUL EDİYORUM** veya **KABUL ETMİYORUM** ibaresi yazdırılacaktır) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HASTA** | **VELİ/VASİ** | **HEKİM** |
| **AD/SOYAD** |  |  |  |
| **TC KİMLİK NO**  |  |  |  |
| **TELEFON NO** |  |  |  |
| **TARİH** |  |  |  |
| **İMZA** |  |  |  |
| **(VARSA) TERCÜMANIN ADI/SOYADI VE İMZASI** |