**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, **Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı** düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

***BİLGİLENDİRME BROŞÜRLERİ***

***1.*** *Böbrek üstü bezi (adrenal) hastalıkları bilgilendirme broşürü*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BÖBREK ÜSTÜ BEZİNİN (ADRENAL) ALINMASI****(ADRENALEKTOMİ)****AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ** |  |

**Sayın** ………………………………… ……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tanı** | Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sağ/sol/her iki böbrek üstü bezinizde ameliyat gerektiren bir saptanmıştır. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Önerilen Ameliyat** | Size sağ / sol / her iki böbrek üstü bezinizin tamamının alınmasını (adrenalektomi) öneriyoruz. Bu ameliyatta; hastalıklı olan böbrek üstü beziniz karnınızdan girilerek tamamen çıkartılacaktır.Ameliyat tamamen uyutularak (genel anestezi) yapılacak ve çıkartılan bütün parçalar incelenmek üzere patolojiye gönderilecektir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diğer Ameliyat Seçenekleri ve Riskleri** | Bu hastalık için laparoskopik veya video yardımlı-robotik (kapalı) ameliyat seçeneği de mevcuttur. Ancak böbrek üstü beziniz laparoskopi için güvenli aralıktan daha büyük boyutlara sahip olduğu / böbrek üstü bezinizde kanser varlığı düşünüldüğü için laparoskopik ameliyat için uygun değildir. Robotik sistem ise hastanemizde mevcut değildir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatı Yapacak Ekip ve Süresi** | Ameliyat; XXXXXX’de görev yapan öğretim üyeleri veya onların gözetiminde uygun kıdemdeki araştırma görevlileri tarafından/ Dr. XXXXXXX 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 ortalama 5-7 gün hastanede kalmanız gerekecektir. Ancak bu süre uzayabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatın Başarı Şansı ve Tekrarlama Olasılığı** | Adrenalektomi ile hastalık büyük oranda bölgesel olarak kontrol altına alınıp ortadan kaldırılacaktır. Ancak ameliyattan sonra çıkacak patoloji sonucuna göre; hastalığın vücuttan tamamen uzaklaştırılabilmesi için gerektiğinde ilaç (kemoterapi), ışın (radyoterapi) ve hormon tedavileri uygulanabilir. Bazı durumlarda hastalığınız tekrar edebilir (nüks) veya küçük doku parçacıkları kalmış olabilir (rezidü). Böyle bir durumda yeniden ameliyata karar verilebilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **İstenmeyen Yan Etkiler** | Ameliyata bağlı olarak; kanama, enfeksiyon, akciğer dokusunda kısmi kapanma (atelektazi), karın derisinde kısmi kayıp (nekroz), kötü yara iyileşmesine bağlı olarak yara izinin belirginleşmesi, karın duvarındaki kaslarda yaralanma ve ameliyat yerinde kan veya sıvı birikmesi gibi istenmeyen durumlar görülebilir. Karın içindeki ana atardamar (aort), toplardamar (inferior vena kava) ve böbrek damarlarında, karaciğer, pankreas, dalak ve mide gibi çevre organlarda kanama ve yaralanmalar olabilir. Özellikle iki taraflı ameliyatlarda böbrek üstü bezlerinin yetmezliğine bağlı olarak; ateş, halsizlik, dikkat eksikliği, bulantı, kusma, uyuşukluk, karın ağrısı veya tansiyon düşüklüğü ortaya çıkabilir.Cushing sendromu olan hastalar infeksiyonlara ve pıhtı atmalarına daha yatkındır. Feokromositoması olan hastalarda tansiyon ve nabız düzensizlikleri olabilir.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/Dr. XXX’e; XXXXXXXXXXXX numaralı telefondan, iç hat XXXXXXX’dan 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.Böbrek üstü böbrek yetmezliği gelişmesi durumunda size; serum, sodyum-potasyum gibi elektrolitler ve gerektiğinde kortizon takviye olarak verilebilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: XXXXXXXXXXXXXXXXXX) 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** |