**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.

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Meme ve Endokrin Cerrahisi Birimi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LENF BEZİ BİYOPSİSİ**  **AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ** |  |

**Sayın** ………………………………… ……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tanı** | Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sağ/ sol / her iki taraf / aksilla (koltuk altı) / inguinal (kasık) bölgedeki lenf bezlerinizde şüpheli bir durum saptanmıştır. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Önerilen Ameliyat** | Size sağ/ sol / her iki taraf / aksilla (koltuk altı) / inguinal (kasık) bölgedeki lenf bezlerinizden biyopsi yapılmasını öneriyoruz.  Bu ameliyatta; şüpheli lenf bezi/bezleri cerrahi olarak çıkartılacaktır.  Ameliyat tamamen uyutularak (genel anestezi) yapılacak ve çıkartılan bütün parçalar ve örnekler incelenmek üzere mikrobiyoloji ve/veya patoloji laboratuvarına gönderilecektir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diğer Ameliyat Seçenekleri ve Riskleri** | Lenf bezi biyopsisi için başka bir ameliyat seçeneği yoktur. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatı Yapacak Ekip ve Süresi** | Ameliyat; XXXX’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 yeterlidir. Ancak bu süre uzayabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ameliyatın Başarı Şansı ve Tekrarlama Olasılığı** | Yapılacak ameliyat hastalığın ortadan kaldırılmasına yönelik değildir.  Ameliyatın tek amacı şüpheli lenf bezlerinin çıkartılarak sebebini bulmaya yönelik ileri araştırmalar yapılmasını sağlamaktır.  Ancak bazen lenf bezlerinin çok küçük olması veya ameliyat edilecek bölgenin anatomisinin bozuk olması nedeniyle, çıkartılacak lenf bezlerinin bulunması son derece zor olabilir. Bu nedenle gerektiğinde nükleer tıp ve radyoloji bölümünden yardım alınabilir. Şüpheli lenf bezleri radyoaktif madde enjekte edilerek işaretlenebilir. Bu durumda işaretlenen lenf bezleri ameliyatta özel bir detektör (gama prob) yardımıyla bulunmaya çalışılacaktır.  Bu ameliyatta her türlü araştırmaya rağmen lenf bezleri bulunamayabilir veya tanı koymak için yeterince örnek alınamamış olabilir. Bu durumda tekrar ameliyat kararı alınabilir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **İstenmeyen Yan Etkiler** | Ameliyata bağlı olarak; kanama, enfeksiyon, akciğer dokusunda kısmi kapanma (atelektazi), ameliyat bölgesindeki deride kısmi kayıp (nekroz), kötü yara iyileşmesine bağlı olarak yara izinin belirginleşmesi, sinir veya damar yaralanmaları, ameliyat yerinde kan veya sıvı birikmesi gibi istenmeyen durumlar görülebilir.  Nadir de olsa kan veya kan ürünleri verilmek zorunda kalınabilir.  Nadir de olsa pıhtılaşma veya emboli atma (tromboemboli) ve ölüm riski de vardır.  Yine nadir olarak lenf damarları yaralanabilir ve o bölgeden süt renginde akıntı (şilöz fistül) gelişebilir.  Biyolojik doğası çağdaş yöntemlerle tam olarak açıklanamamış, dolayısıyla tespit edilmesi zor olan mikroorganizmalarla (SARS, MERS, Covid-19 vb) enfekte olma olasılığı vardır.  Geride şüpheli doku kalması, kanama, deri beslenme bozukluğu, şilöz fistül 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.  Çıkacak patoloji raporuna göre asıl hastalığa yönelik cerrahi, ışın (radyoterapi) veya tıbbi (ilaç) tedavisi planlanabilir. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | |