

KOLOSKOPİ VE RAHİM AĞZINDAN BİOPSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısall işlem ve diğere tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliğı, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğimiz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğinizle kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve işlem: Anormal rahim ağzı Pap smear taraması tanısıyla;

Bana **kolposkopi** önerilmiştir.

1. İşlemin yapısı ve yapılış biçimi tam olarak anlatılmıştır. İşlemin potansiyel yarar ve riskleri, yapılmadığı takdirde olabilecekler ve alternatifleri bana açıklanmıştır.
2. Özetle;
 - a. Kolposkopi; rahim ağzının gözlenmesi ve gerekiyorsa en uygun yerlerinden biyopsi (parça) almak için büyütme altında incelenmesidir. Büyütmeyele jinekolog; anormal hücrelerin yaptığı değişikliklerin alanlarını görebilir. Bu alanlardan gerekliyse biyopsi alabilir.
 - b. Kolposkopi genellikle bazı özel anormal smear sonuçlarının tanı ve takibinde kullanılır.
 - c. Rahim ağzından biyopsi alınan yerden kanama, iltihaplanma ve yeterli doku alınamayabileceğı ve bu nedenle anormal durumun tesbit edilemeyebileceğı anlatıldı ve anladım.

İşlem alternatifleri: Aşağıdaki seçenekler ve olası sonuçları benimle tartışıldı.

1. Tedavisiz takip,
2. HPV DNA testi (Yüksek dereceli anormal smear sonuçları başlangıç değerlendirmesinde gereksizdir)

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar: Benim için uygun görülen kolposkopi ve gerekirse biyopsi alınması yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı. **Hastalığın ilerlemesi** veya **rahim ağzı kanseri gelişebileceğı** anlatıldı.

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığı, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir

şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen jinekolojik onkolojik girişimleri kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen; **kolpokopi ve gerekirse biyopsi** işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.

Hasta ya da Hukuksal Olarak Sorumlu Kiři:

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık:

Hastaya Yakınlığı:

Adı Soyadı:

İmzası:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tedavi Eden Hekim:

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih: **Saat:**