

REZUM ONAM FORMU

A Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) için Rezum Tedavisi

Tedavinizden Sorumlu Sağlık Uzmanı.....

☐ Hastanın herhangi bir özel gereksinimi var mı (örn: iletişim yardımı)?

B Sağlık uzmanının beyanı (tedavinin detayları, riskler, faydalar ve alternatifler)

1 Önerilen tedavi hakkında gerekli bilgiye sahip bir sağlık uzmanı olduğumu onaylıyorum. Hastaya önerilen tedavi hakkında aşağıdaki bütün gerekli açıklamaları yaptım.

a) Tedavinin hedeflenen faydaları:

- Prostat büyümesi semptomlarında iyileşme/ iyileştirilmiş yaşam kalitesi
- Kısa işlem süresi, işlem sonrası daha az komplikasyon
- İlaç ve cerrahi tedavilere alternatif tedavi seçeneği.
- Standart yaklaşıma (TURP/PVP) kıyasla azaltılmış olumsuz olaylar.
- Günlük aktivitelere hızla dönüş

b) İlgili olası riskler. Güven her zaman risklerin en aza indirilmesini sağlar. Ancak, bütün tedaviler bazı riskler taşır ve olası riskler aşağıda verilmiştir.

- Kanama riski
- İşlem sırasında ve sonrasında ağrı ve rahatsızlık
- İşlemden sonra tahriş edici işeme semptomları
- Mesanede hasar
- Üretra veya mesane boynunda yara izi
- Boşalmayı ve/veya kontinansı etkileyebilecek küçük riskler

Ayrıca anesteziyle ilişkili genel riskler de vardır (Hasta bilgilendirme broşürüne bakınız)

Lütfen hasta barkodunu yapıştırınız.

c) Alternatif tedaviler (tedavi yapılmaması dahil)

Rezum'a alternatifler:

- Prostatın Yeşil Işık lazer vaporizasyonu/ prostatın transüretral rezeksiyonu (TURP).
- Urolift® veya diğer minimal invaziv prosedürler
- Medikal tedavi
- Takip

2 Aşağıdaki bilgiler hasta bilgilendirme kitapçığında benimle paylaşılmıştır.

Ameliyat ve anestezi riskleri bilgisi için onay ☐

3. Diğer işlemler: _____

4. Bu prosedür şunları içerecektir:

☐ Genel veya bölgesel anestezi ☐ Lokal anestezi ☐ Sedasyon

C Hasta Onayı

Bu tedavinin riskleri, faydaları ve alternatiflerinin benimle tartışıldığını ve sorularımın tatmin edici bir şekilde cevaplandığını onaylıyorum.

Önemli: Lütfen bu tedaviyle ilgili hasta bilgilendirme kitapçığını okuyun ve ardından aşağıdaki sorular için ilgili kutucukları işaretleyin.

1 Fotoğraf, ses veya video kaydı

- a) Teşhis ve tedavi amacıyla yukarıdaki kayıt türlerinden herhangi birinin kullanılmasını kabul ediyorum. ☐ Evet ☐ Hayır
- b) Denetim ve akademik eğitim amacıyla verilerimi anonim hale getirerek yukarıdaki kayıt türlerinden herhangi birinin kullanılmasını kabul ediyorum. ☐ Evet ☐ Hayır

2 Eğitim sürecindeki öğrenciler

Eğitim sürecindeki öğrencilerin katılmasını kabul ediyorum. ☐ Evet ☐ Hayır

Lütfen hasta barkodunu yapıştırınız.

- 3 Bilimsel araştırma amacıyla ek klinik bilgilere ihtiyaç duyulduğunda, ☐ Evet ☐ Hayır
tıbbi kayıtlarımın ilgili bölümlerinin araştırmacılar veya ilgili düzenleyici
kurumlar tarafından incelenebileceğini kabul ediyorum.
Bu kişilerin tıbbi kayıtlarıma erişmesine izin veriyorum.

Bu tedaviyle ilgili hasta bilgilendirme kitapçığını ve yukarıdaki ek bilgileri okudum ve anladım. Tedaviyi veya işlemi kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

İmza(Hasta): **Tarih:**

Hasta imzalayamıyorsa ancak rızasını belirtmişse, aşağıda bir şahit imzalamalıdır.

Şahitin Adı-Soyadı:

İmza(Şahit): **Tarih:**

Adres:

D Hasta Rızasının Onayı

Hasta Rızasının Onayı (tedavi/prosedür önceden tartışılmışsa) Hastayı tedavi eden ekip adına, hastanın başka sorusu olmadığını ve tedavinin/işlemlerin devam etmesini istediğini teyit ettim.

İmza(Sağlık uzmanı):..... **Tarih:**

İsim-Soyisim: **Zaman(24hr):**.....

Açıklama:..... **İletişim No:**.....

E Tercümanın Beyanı (eğer varsa)

Bilgileri elimden geldiğince ve hastanın anladığına inandığım şekilde yorumladım.

İmza(Tercüman):..... **Tarih:**

İsim - Soyisim:

Lütfen hasta barkodunu yapıştırınız.

F Hasta Rızasını Geri Çekmesi

Hasta rızasını geri çekti.

İmza(Hasta):..... Tarih:

İmza(Sağlık Uzmanı): Tarih:

İsim-Soyisim:.....İş Ünvanı:.....