

ANTERİOR EKTOPIK ANÜS AMELİYATI RIZA BELGESİ

Hastanemizde tetkik ve tedavi uygulanacak hastalardan Tıp ve Tıp Dalları Standartları'nın uygulanmasına ilişkin 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'un 70'inci maddesine göre alınacak muvafakat belgesidir.

İşlemin nasıl ve kim tarafından yapılacağı:

Çocuğunuzda anterior ektoptik anüs (kaka deliği olması gereken yerden daha önde) vardır. Bu hastalarda anorektoplasti ameliyatı yapılmaktadır. Ameliyat genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ve ağrı kesici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:

Anüs, makat bölgesinde gayta çıkışının gerçekleştiği açıklıktır. Anterior ektoptik anüste, anüs olması gereken yerden daha önde, genital bölgeye daha yakın komşulukta bulunur. Anüs açıklığının açılması nedeniyle bu hastalarda kabızlık ana sorundur. Özellikle kız çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu gelişme riski arttırır. Tanı fizik muayene ile anüs açıklığının konumunun görülmesi ile konur.

Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:

Çocuğunuza açık cerrahi girişim yapılacaktır. Anüs açıklığı etrafından kesi yapılır. Bir miktar barsak serbestlenir. Olması gereken bölgeye anüs açıklığı taşınıp tekrar çepeçevre dikilir.

İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Anüsün olması gereken bölgeye taşınması ile kabızlığın önlenmesi hedeflenir. Operasyon yapılmadığı takdirde ömür boyu devam edecek kabızlık sorunu ile karşılaşılabilir. Ameliyat sonrası idrar yolu enfeksiyonu riski azalır. Kız hastalarda ilerleyen yaşlarda, doğurganlık çağında normal doğum yapma durumunda anüs yaralanması riski çok daha yüksektir. Bu risk de azaltılmış olur.

İşlemin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar nelerdir?

- Kanama
- Enfeksiyon
- Operasyon bölgesinde hematoma gelişmesi: Sızıntı şeklinde kanama cilt altında kan toplanmasına yol açabilir, bu durumda soğuk uygulama ile hematomun gerilmesi sağlanır.
- Yara yeri ayrışması – dikiş açılması : Anal bölge gayta ile kirlendiğinden, iyileşmesi diğer vücut bölgelerine göre daha zordur. Bunu önlemek için operasyon sonrası düzenli yıkamalar önerilmektedir.
- Anastomoz hattında darlık (anal stenoz); ameliyat sonrası uzun dönemde görülebilmekte, bunu düzeltmek için düzenli anal dilatasyon (bujilerle genişletme) işlemi yapılmaktadır.
- Fistül oluşması; ameliyat sonrası dönemde sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, idrar yollarından veya genital yoldan dışkı gelmesi şeklinde görülebilir. Bu durumda kolostomi açılması gerekebilir.
- Rektal prolapsus (barsağın anüsten dışarıya çıkması).
- Kaka ve idrar kaçırma riski vardır. Bu gibi durumlarda hastalara tuvalet eğitimi tedavisi verilmektedir.

Hastaya özel durumlar (Konjenital kalp hastalığı, metabolik hastalık, prematürite, diyabet vb):

İşlemin Tahmini Süresi:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 90-150 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:

- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyat sonrası hasta izleme alınır. Ameliyat sonrası süreçte yara yeri ayrışmasının olup olmadığı, enfeksiyon ve hematoma gelişip gelişmediği takip edilmektedir. Gayta çıkışı devam ettiği surette, 1.-5. günden beslenmeye başlanabilir. Ameliyat bölgesinin temizliğine özellikle dikkat edilir ve 2. günden sonra serum fizyolojik ile düzenli yıkama yapılır. 2 hafta sonra Çocuk Cerrahi polikliniğine gelir ve demir bujilerle makatı genişletme işlemine başlanır. Çocuğun yaşına uygun bujiye kadar devam edilir ve azaltılarak kesilir.
- Bebek tamamen ağızdan beslenmeye başladıktan ve anal bölgede iyileşme sağlandıktan sonra başka sorunu da yoksa taburcu edilir.
- Taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere gerekli ilaçlar önerilecektir.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz söylenecektir.
- Bebeğinizin düzenli olarak Çocuk Cerrahisi kontrollerinin yapılması gerekmektedir.

RIZA

Hekimim tarafından bana yapılacak olanişleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı ve bunları aklım başımda olarak anladım. Bana verilen **2 sayfalık Anterior Ektopik Anüs Ameliyatı Rıza Belgesi**'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime sorular sordum ve tüm düşüncelerimi kendisine ilettim, aldığım cevaplar karşısında ikna oldum. Bilgilendirme sonucunda yeterli olarak aydınlatıldım. Ameliyatın/ cerrahi girişimin/ riskli işlemlerin yapılmasına, tedavi sırasında gerekir ise ek girişim veya kan ve kan ürünlerinin kullanılmasına **İZİN VERİYORUM.**

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız:.....

Hasta Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

Yakınlık Derecesi:.....

Hastadan Rıza Belgesi Alınamayıp, Hasta Yakınından Rıza Belgesi Alınma Nedeni:

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok
☐ Acil ☐ Diğer

HEKİM

Hastanın şikayeti, tetkikleri, muayene bulguları sonucu koymuş olduğum tanıyı ve nedenini, önerilen tedavi içeriğini, amacını ve başarılı olma şansını, avantajları ve risklerini, tedaviye ve hastaya özel riskleri* varsa alternatif tedavi yöntemlerini, tedavi sonuçlarını, tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri, hastaya açıkladım ve bilgilendirme formunun hastaya verdim. Hasta / hasta yakınları tarafından, tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım.

*Tedaviye ve hastaya özel riskler (varsa) :

Hekimin Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

TERCÜMAN (Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise)

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim Görüşme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....