YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE KISIRLIK (İNFERTİLİTE) TEDAVİLERİ RIZA BELGESİ

Bu belge Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği önerisidir.

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

_ Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

_ Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.

_ Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

1. İşlemden beklenen faydalar

Tanı ve işlem: Kontrollü olarak yumurtalıkların uyarılması (ovulasyon indüksiyonu) için ilaç ve hormon kullanımının temel amacı kısırlık (infertilite) tedavisi gören ve yumurtlama (ovulasyon) sorunu ya da esinde sperm azlığı olan hastalarda dışardan verilecek ilaçlar ve hormonlar yardımıyla yumurtlamanın (ovulasyonun) sağlanması ve böylece gebeliğin ya da yardımcı üreme teknikleri için gerekli olan yumurtanın (ovumun) elde edilmesidir. Asılama tedavisi (intrauterin inseminasyon) erkekten alınan spermin özel bir işleme tabi tutulduktan sonra anne rahim boşluğu içine verilmesidir. Yumurta alınması islemi (folikül ponksiyonu) hormonlar ve ilaçlar ile uyarılan yumurtalıklardan, yumurtanın ultrasonografi eşliğinde alınması ve yardımcı üreme tekniklerinde kullanılmasıdır. Embriyo nakli (transferi) yardımcı üreme teknikleri ile laboratuar ortamında ortaya çıkan embriyoların annenin rahim boşluğuna verilmesi işlemidir (tüp bebek).

2.İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Hastanın gebeliği oluşmayabilir.

3.Varsa işlemin alternatifleri

o**Tedavisiz takip.**

o**Kendiliğinden gebeliğin oluşmasının beklenmesi**

Önerilen işlem :

- Kontrollü olarak yumurtalıkların uyarılması (ovulasyon indüksiyonu)
- Asılama tedavisi (intrauterine inseminasyon)
- Yumurta alınması islemi (folikül ponksiyonu)
- Embriyo nakli (transferi)

4.İşlemin riskleri-komplikasyonları

Cerrahi işlem riskleri : Tedavisiz durumumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi, benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal, ve/veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan enfeksiyon, damarlarda ve akciğerde kan pıhtısı oluşumu, kanama, alerjik reaksiyon, kalp krizi, akciğerlerde havalanma azlığı (atelektazi) ve hatta ölümün olabileceğinin farkındayım. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı. Bana anlatılan bu risklerden bazıları oldukça enderdir. Yardımcı üreme teknikleri kullanımı mevcut bir hastalığı olanlar (kalp hastalığı, seker hastalığı, yüksek kan basıncı, böbrek hastalığı, böbrek ya da karaciğer nakli geçirmiş hastalar, pıhtılaşma bozukluğu ve damar hastalığı olanlar) ve sigara içenler daha fazla risk altındadırlar.

Yukarıda belirtilen riskler dışında yardımcı üreme teknikleri kullanımına özel olan riskler şu şekilde sıralanabilir:

- Karın veya kasık boşluğunda (pelvik) enfeksiyon ve/veya abse olusumu
- Kullanılan ilaç ve hormonlara bağlı yumurtalıkların aşırı uyarılması (ovarian hiperstümülasyon sendromu) ve buna bağlı karın içinde sıvı birikimi (assit), akciğerlerde sıvı toplanması (pulmoner ödem) ve solumun güçlüğü, yumurtalıkların aşırı büyümesi ve yırtılmasına bağlı ameliyat gerektirebilecek şekilde karın içine kanama, yumurtalıkların kendi damar yapıları çevresinde dönerek ameliyat gerektirebilecek şekilde kanlanmalarının bozulması (over torsiyonu), toplardamarlarda pıhtı oluşumu (venöz tromboz)
- Kan verilmesini gerektirecek kadar fazla kan kaybı
- Yardımcı üreme teknikleri kullanımı ve asılama sonrası gebelik oluşmaması, gebeliğin erken dönemde düşük ile sonuçlanması
- Yumurta alınması işlemi sırasında yumurtalık, rahim ve karın içindeki büyük damarlarda hasar ortaya çıkması
- Çoğul gebelik oluşması ve sonrasında fetüs sayısının azaltılması işlemi (fetal redüksiyon)

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılacak sonuçlar:

Önerilen tedavi seçeneklerini kabul etmezsem gebeliğin ne oranda oluşabileceği hakkında bilgi verildi.

Benim özel durumumdan kaynaklanan aşağıdaki sonuçlarla da karşılaşabileceğim bana anlatıldı.

……
……

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasındaki ağrı hissinin, anestezi hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını, ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek baş ağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.

Anestezinin……..

(unvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

asta ya da hukuksal olarak sorumlu kişi:

Adı-soyadı :

İmza :

Tanık:

Adı-soyadı :

İmza :

Hastaya yakınlığı :

Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

5.İşlemin tahmini süresi

İşlemin tahmini süresi 20-30 dk arasındadır.

6.Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Kullanılan ilaçlar, daha çok yumurta ve embriyo elde ederek gebelik şansını arttırır. Bu ilaçların kas içine enjeksiyonla kullanımlarında enjeksiyon yerinde küçük morluklara ve rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Yumurtalığın hormonal faaliyetlerini baskılamak için verilen ilaçlar da kas ve eklem ağrısı ve menopozal yakınmalara benzer şikâyetler oluşturabilir. İlaçlar hormon içerdiği için ateş basması, karında gerginlik ve dolgunluk, baş ağrısı ve görme değişikliğine , yumurtalıkların aşırı uyarılmasına neden olabilir. Bu şekilde ortaya çıkan tabloya "Ovarian Hiperstimülasyon Sendromu" denir. Bu durumun çok ciddi şekillerinde hastaneye yatıp tedaviyi görmeyi gerektiren tıbbi problemler olabilir. Bu nedenle tedavi aldığınız dönemlerde ve an az iki hafta sonrasına kadar IVF ekibi ile irtibat içinde olmalısınız. Bunun ötesinde, bu ilaçların kullanılması sonucu oluşan gebeliklerde düşük, sakat bebek doğumu veya erken doğum sıklığında bir artış görülmemektedir.

7.Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

İşlem öncesi : Size söylenen tarihte ve saatte hcg iğnenizi göbekten(subkutan) yapılacak. İşlemden bir gece önceden gaz yapıcı yiyecekler, saat 24'ten sonra hiçbir şey yenmemeli. Erkek 3 gün önce boşalmış olmalı ve 3 gündür cinsel perhizde olmalı Sperm örneği de alınacağı için yumurtaların toplanacağı gün eşle birlikte gelinmeli. Kliniğe işlemden en az 30 dakika öncesinde gelmeniz gerekir. Gelmeden önce kozmetik ütünleri (deodorant, parfüm gibi) kullanmayınız.

Anestezi sonrası:

IVF tedavisi alan ve yumurta toplanan hastalar yaklaşık olarak 2 saat gözlem altında tutulur. Yumurta toplama işleminden sonra, kendinizi yeterince iyi hissedince sıvı gıda ile başlayarak yumuşak gıda tüketebilirsiniz.

İşlem sonrası: Size söylenecek günde döllenme olup olmadığının bilgisi verilecektir. Doktorunuzun söylediği ilaçları Gebelik testine kadar hergün kullanınız. İşlem olduğunuz günü istirahatli geçiriniz. Ağrınız olursa parol tablet kullanabilirsiniz. Az miktarda kanamanızın olması normaldir,pet kullanınız,tampon kullanmayınız.Beslenmenize özen gösteriniz sebze ağırlıklı lifli gıdalar tercih ediniz bol sıvı alınız(günde en az 2-3 litre su)ve taze meyve tüketiniz. sigara alkol kullanmayınız. Banyonuzu 24 saat sonra ılık su ile duş şeklinde alabilirsiniz. Size söylenen günde embriyo transfer işlemi için tok karnına idrara sıkışık olarak tüp bebek bölümüne geliniz.

- **Koltuk altından ölçüldüğünde 38'c den yüksek ateş.**
- **Çok şiddetli ve devam eden ağrı.**
- **Ardışık 2 günde 1 kilodan fazla kilo artışı.**
- **İşlemden 8-10 saat sonrasında artan ağrı ile birlikte idrar yapamama.**

Durumlarından herhangibiriyle karşılaşırsanız en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin isleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca 4slem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

- oktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “Okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı – Soyadı :
Tarih / Saat : ___/___/_____ ___:___
İmza :

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___