

Sayın Hasta;

1. İşlemden beklenen faydalar:

Tanı ve işlem: Mikroskopik TESE ameliyatı genel, veya bölgesel anestezi altında yapılabilir. Skrotum (torba) orta hattan 4 cm lik bir kesi yapılarak testislere ulaşılır ve testisler skrotum dışına çıkartılır. Operasyon mikroskobu ile 15-25 kat büyütme altında sperm bulma olasılığı yüksek olan seçilerek küçük parçalar alınır. Sperm bulunamazsa diğer testiste işleme devam edilir. Testis üzerinde yapılan kesi emilebilen bir suture ile kapatılır. Skrotum katları emilebilen bir suture ile kapatılıp işleme son verilir.

Meni çıkaramamanız ya da meninizde hiç sperm bulunmaması (azospermi) veya çok az sayıda (kriptoospermi) sperm bulunması nedeniyle mikroskop yardımıyla Testisten Sperm Çıkarma (TESE; testiküler sperm elde edilmesi) işlemi yapılır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Çocuk isteminin oluşmaması.

3. Varsa işlemin alternatifleri:

Bu girişim çocuk sahibi olma isteğiyle başvuran hastalarda yapılmaktadır. İşlemin gerekliliği hastanın isteğiyle ilgili olup, yapılma gerekliliği yoktur.

- Alternatif olarak konvansiyonel TESE
- Mikroskopik epididimal sperm aspirasyonu (MESA)
- Perkütan epididimal sperm aspirasyonu (PESA)

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları:

1. Kanama ve skrotumda hematoma (torbada kan birikmesi) gerçekleşebilir.
2. Operasyon sonrası enfeksiyon ve ağrı gelişebilir
3. Hematom, enfeksiyon ve fibrosis oranları 3. ayda % 80 dir.
4. Hidroset (testisin etrafında sıvı birikimi) gelişebilir.
5. Operasyon sonrası 3. ve 6. aylarda testesteron (erkeklik hormonu) seviyesinde azalma görülebilir. Testesteron seviyesinin normal değerine geri dönmesi 18 ayı bulabilir.

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 hissini, anestezi hekimiyile 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.

Hasta 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 1-2 saat arasındadır.

6.Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:

- Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir. .
- Bacaklardaki pıhtılaşmalar (derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir. .
- Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir. .
- İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: Genel ya da spinal anestezi planlanıyorsa, ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbirşey yememelisiniz. Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar: bisiklet, motorsiklet ve binek hayvanlarına (at,eşek vs) binmemelisiniz. İlk 3 ay cinsel ilişkide bulunmamalısınız bulunulursa ağrılı ve kanlı meni gelebilir. Hekimce önerilen perhiz ve ilaç tedavileri kullanılmalıdır.

- Doktorumdan 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 kullanılabilmesi 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 : ___/___/____ :___/___