

İşlemden Beklenen Faydalar:

Penis ucunu çevreleyen deri cerrahi olarak uzaklaştırılır ve kalan deri penis ucu çevresine dikilir.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

İşlemin uygulanmaması herhangi bir sağlık problemine yol açmamaktadır.

İşlemin Riskleri-Komplikasyonları:

Ameliyata karar verirken aşağıda sıralanan riskleri ve komplikasyonları iyice anlamanız önemlidir.

ANESTEZİNİN GENEL RİSKLERİ

a)Göğüste enfeksiyon riskini arttıracak şekilde akciğerlerin küçük alanları büzülebilir.Bu durum, antibiyotiklere ve fizyoterapiye ihtiyaç oluşturabilir.

b)Ağrı ve şişkinlikle birlikte bacaklarda pıhtılar(derin ven trombozu veta DVT)

c)Kalpte zorlanma nedeniyle kalp krizi veya felç

d)İşlemden dolayı ölüm olasıdır.

İŞLEMİN RİSKLERİ

a)Penis kozmetik olarak memnuniyet verici şekilde görülmeyebilir.

b)Penis ucu hasarlanabilir. Bu ise daha ileri bir cerrahi işlemi gerektirebilir.

c)Penis ucu derisi sıyrılmış olabilir ve ameliyattan sonra kanayabilir. Bu durum zaman içinde düzelir.

d)Fazla deriyi uzaklaştırmak gerekebilir.

e)Hasarlı doku penis ucunda idrar akımında engele neden olabilir. Bu ise daha ileri bir cerrahi müdahaleyi gerektirebilir.

f)Enfeksiyon ; küçük çocuklarda kan akımı ile yayılabilir. Tedavide antibiyotik gerekebilir.

İşlemin tahmini süresi:

İşlemin tahmini süresi yaklaşık olarak yarım saattir.

Kullanılacak ilaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri ve Dikkat Edilecek Hususlar

Uygulanacak prosedürde anestezi ajanları haricinde ilaç kullanılmamaktadır.

İşlem Öncesi ve Sonrası Dikkat Etmesi gereken Hususlar ile Dikkat Edilmemesi Durumunda

İşlem sonrasında yara pansumanınızı hekiminizin size tarif ettiği şekilde ve sıklıkta yapmaya özen gösteriniz. Aksi takdirde yara yeri enfeksiyonu, bu enfeksiyonun yayılımı ile ölüm ile sonuçlanabilecek ciddi sistemik enfeksiyon ve ek cerrahi işlem gerekliliği gibi sonuçlar ile karşılaşabilirsiniz

Ameliyat öncesi ve sonrası ilk bir hafta sigara konusunda dikkatli olunmalıdır. Sigaranın yara iyileşme sürecine olumsuz etkisi olduğu unutulmamalıdır.

Eğer kan sulandırıcı ve/veya aspirin kullanıyorsanız lütfen bunu ameliyat kararı verildiğinde hekiminize bildiriniz.

Kullandığınız tüm ilaçları da mutlaka hekiminize bildiriniz.

Ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflarımın çekilmesini ve her türlü tıbbi verimin kimliğim gizli kalacak şekilde, bilimsel araştırma ve sunularda kullanılmasını kabul ediyorum

- 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 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 :
Yakınlık Derecesi:

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 :___/___/___