

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1546
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	ÜROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/4

Ureterorenoskopi aydınlatılmış onam formu

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

A-YÖNTEM

Genel yada spinal anestezi kullanılır. Yaklaşık 100 cm uzunluğunda, bir ışık kaynağına sahip, sıvı yardımıyla fiberoptik sistemle görüntü sağlanan ince bir enstrümanla (üreterorenoskop) üretradan geçirilir. Mesaneye ulaştıktan sonra böbrekler ve mesane arasındaki bağlantıyı sağlayan yola (üreter) bir kateter (plastik ince bir boru) yardımıyla girilir. Üreterde oluşan tıkanıklık bu alet yardımıyla görülmeye çalışılır. Görülemez ise kontrast madde (renkli sıvı) verilerek üreter röntgen filmi ile gösterilmeye çalışılır. Tıkanıklığa neden olan taş ise taş üreterorenoskopun içinden geçebilen pnomatik, lazer, ultrasonik veya elektrohidrolik güc kaynakları kullanılarak kırılır. Kırılan tas parçaları küçükse yerinde bırakılarak hastanın bunları kendi kendine dışarması beklenir. Tas parçaları biraz daha büyükse tas yakalamaya yarayan forsepslerle tutularak yada basket adı verilen sepet benzeri aletlerle tutularak mesanenin içine çekilir. Eğer tas üst üreter veya bobregin içindeyse bukulebilir (fleksible) ureterorenoskop kullanılır ve tas lazer veya bukulebilir pnomatik probu ile kırılır. Tıkanıklığa yol açan şüpheli bir kitle yada görünüm varsa biyopsi alınır veya endoskopik kazıma (rezeksiyon) yapılabilir. Operasyon bitiminde üreter kateteri veya double-J katater (bir ucu bobrekte diğer ucu mesanede olan yumuşak plastik ince bir boru) üretere yerleştirilir. Mesaneye de foley kateter (kauçuk bir boru) takılır ve birkaç gün boyunca kalır.

B-BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

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

C-BU AMELİYATIN RİSKLERİ

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler:

1. Kan transfüzyonuna neden olabilecek kanama oluşabilir (< % 0,1)
2. Tas varlığında işlem sırasında tas bobrege kaçabilir ve tasin kırılması için ek girişime (açık cerrahi, ESWL, perkutan cerrahi) ihtiyaç olabilir. (% 8)
3. Foley sonda çekimi sırasında üretere yerleştirilmiş olan kataterler sondaya takılabilir ve sonda ile birlikte çıkabilir. Bu durumda kataterin takili kalması gerekiyorsa tekrar kateter takmak için ek girişim gerekebilir. (< % 0,1)
4. Takılan D/J kataterin 1.5-3 ay sonra çektilmesi gerekmektedir. Çektirilmez ise enfeksiyona, kanamaya, tas oluşumuna, idrar sıkayetleri ve üretral stenoza neden olabilir (%5)
5. Takılan double-j katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta gecici idrar tutamama sıkayeti gelişebilir. (% 10)
6. Operasyon sırasında üretere ya da mesaneye hasar verilebilir ve hasar onarımı için açık cerrahi tedaviye ihtiyaç olabilir. Bu karardan yapılacak bir kesiye ve daha uzun süre hastahane kalmaya neden olabilir. Eğer yaralanma barsak cerrahisini gerektirirse geçici ya da kalıcı kolostomi açılabilir. (< % 0,1)

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NEC METTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1546
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	ÜROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/4

7. Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon oluşabilir. Tedavisi antibiyotiklerdir.(% 5)

8. Girişim tas nedeni ile yapıyorsa taşın kırılması ve çıkarılması sırasında uretere hasar verilebilir ve bu hasarın giderilmesi için açık yada kapalı ek girişim ihtiyacı olabilir. (< %1)

9. Ureterde tikanıklık yapan nedenin taş olduğu düşünülerek yapılan girişimlerde ureter yada mesanede tumore rastlanırsa ve hasta genel anestezi alıyorsa mümkünse hastanın yakınlarına gerekli girişim hakkında bilgi verildikten sonra uygun girişim yapılır. Hasta yakınlarına da ulaşılamadıysa cerrah hasta için en doğru ve uygun olduğunu düşündüğü girişimi yapabilir.

10. Obez kişilerde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır.

11. Sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler:

Böbrekten mesaneye idrarın tasındığı üreter denen kanalda idrar akimini kesintiye uğratan veya tamamen tıkanan ve hatta bobaekte genişlemeye yol açan taş veya başka bir patoloji bulunmaktadır.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:

Girişimin yapılmaması durumunda mevcut patoloji ağrı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, idrardan kan gelmesi, bulantı, kusma, böbreğinizin genişlemesi ve sonrasında fonksiyonlarını kaybetmesine neden olabilir. Tumor varlığında tanıda gecikmeye ve tumorun tüm vücuda yayılmasına ve hayat sürenizin kısalmasına neden olabilir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak?:

Endoskopik bir yöntem olan ureterorenoskopik olarak hastaya girişim yapılacak ve patolojiye uygun tedavi uygulanacaktır.

Alternatif tedavi:

* Patolojinin taş olması durumunda alternatif olarak;

- Açık cerrahi yöntem uygulanabilir. Karın alt yan kısmından açılan bir kesi ile üreter bulunarak taş ulaşılır ve taş çıkarılır. Ancak iyileşme ve hastanede yatış süresi daha uzundur.

-Diğer bir alternatif tedavi ise ESWL adı verilen vücut dışından şok dalgalarıyla taş kırılmasıdır. Taşın yapısı ve lokalizasyonuna göre başarı oranları değişmektedir. Üreter alt uç taşlarının kırılması proksimaldekilere göre daha zordur.

-Tedavideki diğer yöntem ise laparoskopik yöntemdir. Gövdenin yan bölümünde 4 veya 5 adet 1 cm.lik kesiden yerleştirilen özel ekipman kullanılarak operasyon gerçekleştirilir. Operasyon başlangıcında mesaneye bir kateter ve bitiminde operasyon bölgesine bir dren yerleştirilir.

* Patolojinin tumor olması durumunda ise hastaya alternatif olarak açık cerrahi ile bobaek ve ureterin birlikte çıkarılması veya ureterde kısa bir segmentte ise tumorlu kısmın çıkarılması ve kalan ureterin tekrar uretere veya mesaneye bağlanması işlemi yapılabilir.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- Sık görülebilen yan etkiler: Ağrı
- Nadir görülebilen yan etkiler:Taşın böbreğe kaçması, idrardan kan gelmesi, idrar yolu enfeksiyonu

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.



- Çok nadir görülebilen yan etkiler: İdrar kanalı, mesane veya üreterde yaralanma Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları:
- Girişim genellikle önceden planlanmış olarak nadiren de acil olarak (durdurulamayan ağrı, tek bobrek varlığı ve idrar çıkışının azalması veya durması vb.) genel yada spinal anestezi altında yapılır. Yaklaşık 100 cm uzunluğunda, bir ışık kaynağına sahip, sıvı yardımıyla fiberoptik sistemle görüntü sağlanan ince bir enstrümanla (üreterorenoskop) üretradan geçirilir. Mesaneye ulaştıktan sonra böbrekler ve mesane arasındaki bağlantıyı sağlayan yola (üreter) bir kateter (plastik ince bir boru) yardımıyla girilir. Üreterde oluşan tıkanıklık bu alet yardımıyla görülmeye çalışılır. Görülemez ise kontrast madde (renkli sıvı) verilerek üreter röntgen filmi ile gösterilmeye çalışılır. Tıkanıklığa neden olan taş ise taş ureterorenoskopun içinden geçebilen pnmatik, lazer, ultrasonik veya elektrohidrolik güc kaynakları kullanılarak kırılır. Kırılan tas parçaları küçükse yerinde bırakılarak hastanın bunları kendi kendine dışurması beklenir. Tas parçaları biraz daha büyükse taş yakalamaya yarayan forsepslerle tutularak yada basket adı verilen sepet benzeri aletlerle tutularak mesanenin içine çekilir. Eger taş üst ureter veya bobregın içindeyse bukulebilir (fleksible) ureterorenoskop kullanılır ve taş lazer veya bukulebilir pnmatik probu ile kırılır. Tıkanıklığa yol açan şüpheli bir kitle yada görünüm varsa biyopsi alınır veya kazıma (rezeksiyon) yapılabilir. Operasyon bitiminde üreter kateteri veya double-J katater (bir ucu bobrekte diğer ucu mesanede olan yumuşak plastik ince bir boru) üretere yerleştirilir. Mesaneye de foley kateter (kauçuk bir boru) takılır ve birkaç gün boyunca kalır.
- Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.
- Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.
- Başarıdan kasıt bu işlem sonrasında idrar akımındaki tıkanıklığın nedeninin belirlenmesi, taş varlığında taşınınızın kırılması, idrar akımındaki tıkanıklığın giderilmesidir. İşlemin başarısı alt ureter taşlarında üst ve orta ureter taşlarına göre daha yüksek ve %90-98 arasında değişmektedir. Girişim sonrası ureter ve uretral kateter sıklıkla 1 gün sonra çekilir. Double-J kateter ise 1,5-3 ay sonra çekilir.

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememeli ve içmemelisiniz. Aspirin, coraspin ve türevleri gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz. Gece size hekiminizce önerilen şekilde barsak temizliği yapmalısınız.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyatın 1. gününde aksi söylenmedikçe mutlaka yürümelisiniz. Bol su içmelisiniz. Size önerilen ilaç ve diyetle uymalısınız. Önerilen tarihte poliklinik kontrolüne gelmeli ve double-j kateterinizi cektirmelisiniz. Takılan double-j katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta gecici idrar tutamama şikayeti gelişebilir. Bu şikayetler şiddetli olursa hekiminize başvurunuz. Bazen takılan kateterin bir kısmı yada tamamı idrar kanalından kendiliğinden çıkabilir bu durumda hekiminize başvurunuz. Kateter varken yüksek ateş, terleme ve titreme, bulantı-kusma gelirse olası bir idrar yolu enfeksiyonunu ekarte etmek gerekir bu nedenle hekiminize başvurmanız gerekir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1546
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	ÜROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	4/4

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullandığı ilaçlar: Kanama zamanı: Geçirdiği

Ameliyatlar:

Alerji: Diğer hastalıklar:

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

Hekimin kaşesi ve imzası:

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____