

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2222
		YAYIN TARİHİ	21.05.2015
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI İNMEMİŞ TESTİS HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	06.10.2015
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

Hastaya konulan tanı: İnmemiş testis.

Önerilen tedavi yöntemi: İnmemiş bir testisi skrotum içine yerleştirebilmek için hormon tedavisi verilir. Verilecek hormon preparatlarının piyasadaki isimleri Pregnyl veya Choragon ampüldür (Human Chorionic Gonadotropin).

Önerilen tedavinin süresi: 5 hafta süreli tedavi yeterli görülür.

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: Haftada iki gün Pregnyl veya Choragon ampül (Human Chorionic Gonadotropin) kas içine uygulanır. 1-4 yaş arası 2x250IU, 4-7 yaş arası 2x500IU ve 7-12 yaş arası 2x1000IU uygulanır. Enjeksiyonları ağrılı olabilir, ancak tolere edilebilir. Uygulanan ilaç tedavisi sırasında özellikle genital bölgede kılınma artışı, peniste zaman zaman ve bazen de ağrılı olabilen sertleşmeler görülebilir. İlacın öngörülen yan etkileri dışında öngörülmemen (önceden bilinmeyen-alışılmıştın dışında kalan) etkisi olabilir. Tüm ilaçlar alerjiye neden olabilir ve ciddi alerjik reaksiyonlarda ölüm riski olabilir. Tedavi sonrası yan etkilerin hepsi kaybolur.

Alternatif tedavi yöntemleri, avantaj ve dezavantajları: İlaç tedavisi ile % 10-75 arasında başarı şansı olduğu belirtilmektedir. Tedavi bitiminde hasta tekrar görülür. Testisler yerinde değilse çocuk cerrahisi kliniklerinde ameliyatla yerine indirilebilirler. Ameliyat için en uygun zaman 6 ay-2 yaştır. Ameliyatla tedavide başarı şansı daha yüksektir. Nadiren tekrar ameliyat gerekebilir. Ameliyat için genel anestezi alınması gerekliliği en önemli dezavantajdır.

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: Tedavi uygulanmazsa skrotum dediğimiz kese içinde olmayan testis dokusunda zamanla yapı bozukluğu ortaya çıkar. Bunun sonucu olarak üreme fonksiyonun yitirilmesi, kısırlık ve erişkin dönemde testis kanseri riskinde artış görülür. Hasta sahibine tarafımdan ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Dr.....**İmza:**

Tarih:..... **Saat:**.....

Meram Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalında takip edilen hastama yapılacak tedavi konusunda doktor tarafından bana ayrıntılı bilgi verildi. Yukarıdaki belgeyi okudum ve anladım. Çocuğuma yapılacak tedaviyi, sağlığı açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Hastanın veli / vasi (si):

Adı Soyadı: **İmza:**

Adres:.....

Tarih:..... **Saat:**.....

Şahit: Hekim tarafından hasta sahibine ayrıntılı bilgi verildiğini onaylarım.

Adı Soyadı: **İmza:**

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış kontrolsüz belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR