



<b>T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>GN.FR.20</b>
	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>01.05.2006</b>
	<b>REVİZYON NO</b>	<b>01</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>01.01.2016</b>
	<b>SAYFA NO</b>	<b>Sayfa 1 / 4</b>
<b>YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE KISIRLIK (İNFERTİLİTE) TEDAVİLERİ ONAM FORMU</b>		

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

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 karşılaşılabileceğiniz 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.

**Yöntem:** Kontrollü olarak yumurtalıkların uyarılması (ovulasyon indüksiyonu) için ilaç ve hormon kullanımının temel amacı kısırlık (infertilite) tedavisi gören ve yumurtlama (ovulasyon) sorunu ya da eşinde 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. Aşılama tedavisi (intrauterin inseminasyon) erkekten alınan sperm özel bir işleme tabi tutulduktan sonra anne rahim boşluğu içine verilmesidir. Yumurta alınması işlemi (folikül ponksiyonu) hormonlar ve ilaçlar ile uyarılan yumurtalıklardan, yumurtanın ultrasonografi eşliğinde alınması ve yardımcı üreme tekniklerinde kullanılmasıdır. Embryo nakli (transferi) yardımcı üreme teknikleri ile laboratuvar ortamında ortaya çıkan embriyoların annenin rahim boşluğuna verilmesi işlemidir (tüp bebek).

**Önerilen işlem :**

- ✓ Kontrollü olarak yumurtalıkların uyarılması (ovulasyon indüksiyonu)
- ✓ Aşılama tedavisi (intrauterine inseminasyon)
- ✓ Yumurta alınması işlemi (folikül ponksiyonu)
- ✓ Embriyo nakli (transferi)

**Alternatifler:** Aşağıdaki alternatiflerin benim için uygun olup olmayacağı ayrıntılı olarak benimle paylaşıldı.

- ✓ Tedavisiz takip
- ✓ Kendiliğinden gebeliğin oluşmasının beklenmesi

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

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.20
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE KISIRLIK (İNFERTİLİTE) TEDAVİLERİ ONAM FORMU	REVİZYON NO	01
	REVİZYON TARİHİ	01.01.2016
	SAYFA NO	Sayfa 2 / 4

**İşlemin Başarı oranı:** Başarı oranı hastanın durumu ve hastalığın seyrine göre değişiklik göstermektedir.

**Tahmini Süre:** Hastanın durumu ve hastalığın seyrine göre 1 ile 3 saat arasında değişiklik göstermektedir.

**Genel riskler ve komplikasyonlar:**

**Cerrahi işlem riskleri :** Tedavisiz durumunun 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, şeker 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 oluşumu

Kullanılan ilaç ve hormonlara bağlı yumurtalıkların aşırı uyarılması (ovarian hiperstümlasyon sendromu) ve buna bağlı karın içinde sıvı birikimi (assit), akciğerlerde sıvı toplanması (pulmoner ödem) ve solunun 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 aşılama 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 fetus sayısının azaltılması işlemi (fetal redüksiyon)

**Tedavi Olmazsanız:**

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

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

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.20
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE KISIRLIK (İNFERTİLİTE) TEDAVİLERİ ONAM FORMU	REVİZYON NO	01
	REVİZYON TARİHİ	01.01.2016
	SAYFA NO	Sayfa 3 / 4

### Özel Durumlar:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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 hekimiyle konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) ya da 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 başağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum.

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 işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca İşlem 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 işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

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

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.20
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	REVİZYON NO	01
	REVİZYON TARİHİ	01.01.2016
YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE KISIRLIK (İNFERTİLİTE) TEDAVİLERİ ONAM FORMU	SAYFA NO	Sayfa 4 / 4

Anestezinin

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

**Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

.....  
.....  
.....  
.....

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta / Hasta Yakını			
Doktor/Hemşire			
Tanıklık eden			

**Notlar:**

1. Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.

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

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**