

1. İşlem

Kabızlık yenidoğan döneminden itibaren görülebilir. Elektriksel uyarı ile beslenme kanalının son kısmı olan anüsün normalde makat olması gereken yere ne kadar uzak olduğuna, etrafındaki anal kaslar ile aynı yerde olup olmadığına bakılmasını sağlayan işlemdir. Bu yer değişikliğine eşlik eden diğer doğuştan anomaliler olabilir.

2. İşlemden beklenen faydalar

Anüsün yerleşim anomalisi olan hastalarda anüs ve kaslarının normal yerleşim yeri saptanır. Eğer gerek görülürse cerrahi işlem planlanarak anüs ve etrafındaki kaslar olması gereken yere alınacaktır.

3. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ancak tedaviyi reddetmeniz durumunda çocuğunuz hayatına ya kabızlık, kaka kaçırma gibi sorunlarla ya da stomaya bağımlı olarak devam edecektir

4. Varsa işlemin alternatifleri

Anlamli alternatif tedavisi henüz tıp literatürüne girmemiştir

5. İşlemin riskleri ve komplikasyonları

a) Hastanın stimule edilecek bölgesinde yara ve sonrasında enfeksiyon oluşabilir.

b) Hastanın stimule edilecek bölgesinde yanık meydana gelebilir

6. İşlemin tahmini süresi

Ameliyatın süresi normal şartlar altında 15-20 dakika arasında olup ameliyatın seyrine ve hasta faktörlerine bağlı olarak bu süre değişebilir.

Ameliyattan 1 gün önce hastanın o gece 12:00'dan itibaren yeme-içmeyi kati olarak kesmesi gerekmektedir. Buna engel bir durum varsa sorumlu hekimi ile iletişime geçmelidir.

➤ Hastaya işlemden sonra da anlatılacağı üzere öksürük, kabızlık, kusma, baş dönmesi , ağızdan ve burundan kan gelmesi durumlarında hastanın yattığı servisin sorumlu doktoruna haber vermesi gerekmektedir. Dikkat edilmemesi durumunda hastanın geçirdiği ameliyatın başarısı düşebilir.

- 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 :

BARKOD

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 : ___/___/____ :___