

**GENİTOPLASTİ AMELİYATI RIZA BELGESİ**

Hastanemizde tetkik ve tedavi uygulanacak hastalardan Tıp ve Tıp Dalları Standartları'nın uygulanmasına ilişkin 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'un 70'inci maddesine göre alınacak muvafakat belgesidir.

**İşlemin nasıl ve kim tarafından yapılacağı:**

Çocuğunuza ameliyat ile "genitoplasti" işlemi uygulanacaktır. Bu ameliyatta çocuğunuzun dış cinsiyet organları (klitoris, iç ve dış dudaklar, vagen ve üretra) düzeltililecektir. Ameliyat genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ve ağrı kesici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır ve ağrı hissetmeyecektir. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

**Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:**

Çocuğunuzun dış genital sisteminde (dış cinsiyet organları) anormallik bulunmaktadır. Bu hastalıkta çocuğunuzun cinsiyeti kız olmasına rağmen hormonal etkiyle dış genital sistem erkeğe benzer durum almıştır (klitoris büyük, dış dudaklar büyümüş ve hatta bazen birleşerek skrotum (içinde erkek yumurtalarını barındıran torbalar) benzeri bir hal almıştır. Üretra (dış idrar yolu) ve vagen birleşerek dışarı açılmaktadır. Daha nadir olarak kromozomal cinsiyet erkek veya her iki cinsi de içeren karışık tipler olabilir. Çocuk cerrahisi, çocuk endokrinolojisi ve çocuk psikiyatrisi bölümlerinin aldığı ortak kararlar çocuğunuzun belirsiz olan dış genital görünümünün kız olarak düzeltilmesine karar verilmiştir.

**Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:**

Çocuğunuza açık cerrahi girişim yapılacaktır. Büyümüş klitoris fazla kısımları çıkarılıp küçültülerek yeniden yerine dikilecektir. Büyüyüp birleşen dış dudaklar küçültülerek normal anatomik iç ve dış dudak oluşturulmaya çalışılacaktır. Vagen ve üretra birbirinden ayrılarak ayrı ayrı cilde ağzlaştırılacaktır. Kasık bölgesinde testis veya testise benzer dokular varsa çıkarılacaktır.

**İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:**

Çocuğunuzun cinsiyeti kız olarak seçilmiş ve dış genitali buna uygun hale getirilmiş olacaktır. Sadece hormonal etkide kalarak dış genitaleri erkek yönünde değişen kız hastalar uygun ilaç tedavisini de alarak ilerleyen senelerde normal cinsel aktivitelerine devam edebilecek ve çocuk sahibi olabileceklerdir. Ameliyat olmamaları durumunda idrar yolu ve vagenleri beraber aynı yere açıldığı için sağlıklı cinsel yaşamları mümkün olmayacaktır.

**İşlemin Alternatifleri:**

Ameliyatsız tıbbi tedavisi yoktur.

**İşlemin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar nelerdir?**

- Kesi yerinde iltihabi akıntı gelişebilir. Bu akıntının kesideki dikişlerin açılarak boşaltılması gerekebilir. Dikişler kendiliğinden açılabilir.
- Ameliyat yerinde şişlik kızarıklık olabilir. Zamanla geçecektir.
- Kanama hematoma (kan toplanması) olabilir. Kan toplanmasını boşaltmak için tekrar müdahale etmek gerekebilir. Vagen ve idrar yolu ağzında darlık oluşabilir. Metal çubuklarla genişletme yapmak gerekebilir.
- Cilde ağzlaştırılan idrar yolu ve vagen geri kaçabilir. Tekrar ameliyat gerekebilir. Genital bölge tamamen normal gözükmez.
- Akciğerlerde küçük alanlarda çökme ve enfeksiyon gelişebilir.
- Ameliyat sırasında tıbbi personelin yanlışlıkla çocuğunuzun kanı ile doğrudan teması olursa, kan yoluyla bulaşan hastalıklara yönelik test yapılması gerekecektir.

**Hastaya özel durumlar (Konjenital kalp hastalığı, metabolik hastalık, prematürite, diyabet vb):****İşlemin Tahmini Süresi:**

Ameliyatın süresi normal şartlarda 120-180 dakika olup ameliyatın seyrine ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

**Tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken özellikler:**

- Ameliyattan sonra sorumlu doktorun gerek gördüğü süre boyunca (1-5 gün arası veya daha uzun) çocuğunuz hastanede yatacak ve antibiyotik tedavisi alacaktır.
- Hastanız ameliyatta üretra ve vageninde sonda ile çıkacaktır. Sonda 5-7 gün kalabilir.
- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ve/veya antibiyotik ilaçlar önerilecektir. Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz söylenecektir.
- Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir.
- 5. günden sonra ılık oturma banyosu önerilecektir.
- Çocuğunuz ameliyatla aynı gün veya ertesi gün basit gündelik aktivitelerini yapmaya başlayabilir (tualete gitmek gibi) Ağır vücut aktivitelerinden 4-6 hafta süreyle uzak durulması gerekir.

**RIZA**

Hekimim tarafından bana yapılacak olan .....işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı ve bunları aklım başımda olarak anladım. Bana verilen **1 sayfalık Genitoplasti Ameliyatı Rıza Belgesi**'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime sorular sordum ve tüm düşüncelerimi kendisine ilettim, aldığım cevaplar karşısında ikna oldum. Bilgilendirme sonucunda yeterli olarak aydınlatıldım. Ameliyatın/ cerrahi girişimin/ riskli işlemlerin yapılmasına, tedavi sırasında gerekir ise ek girişim veya kan ve kan ürünlerinin kullanılmasına **İZİN VERİYORUM.**

**Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız:.....**

**Hasta Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

**Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

**Yakınlık Derecesi:.....**

**Hastadan Rıza Belgesi Alınamayıp, Hasta Yakınından Rıza Belgesi Alınma Nedeni:**

- Hastanın bilinci kapalı  Hasta 18 yaşından küçük  Hastanın karar verme yetkisi yok  
 Acil  Diğer

**HEKİM**

Hastanın şikayeti, tetkikleri, muayene bulguları sonucu koymuş olduğum tanıyı ve nedenini, önerilen tedavi içeriğini, amacını ve başarılı olma şansını, avantajları ve risklerini, tedaviye ve hastaya özel riskleri\* varsa alternatif tedavi yöntemlerini, tedavi sonuçlarını, tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri, hastaya açıkladım ve bilgilendirme formunun hastaya verdim. Hasta / hasta yakınları tarafından, tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım.

\*Tedaviye ve hastaya özel riskler ( varsa ) :

**Hekimin Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

**TERCÜMAN ( Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise )**

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim Görüşme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

**Tercüme Yapanın**

**Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**