

	HİSTEROSALPİNGOGRAFI (HSG) ÇEKİMİ ÖNCESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAYI BELGESİ			
KODU: OF.004	YAYIN TARİHİ: 01.12.2025	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: 00	SAYFA: 1/2

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve/veya tedavisi için size önerilen tüm tıbbi ve/veya cerrahi uygulamalarkonusunda bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olasırisklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı, sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığını ile ilgili konularda sizibilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Arzu ederseniz, sağlığını ile ilgili tüm bilgi vedokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınına verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

1. İŞLEMİN / MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI

Op.Dr. Hülya KOÇ ve işlem/müdahale günü görevli olan cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

2. İŞLEMDEN / MÜDAHALEDEN BEKLENEN FAYDALAR

Toplum arasında ilaçlı “Rahim Filmi” olarak da bilinen HSG tetkiki, kadın üreme yollarını incelemeye yönelik bir röntgen işlemidir. Bu röntgenler rahmin (uterus) şeklinin ve tüplerin (yumurtaların taşındığı kanallar) açıklığının değerlendirilmesini sağlar. Bu tetkik sonucuna gresize yapılacak olan tedavi türüne (aşılama veya tüp bebek) karar verilecek.

Uzun dönemde işlem/müdahalenin başarılı olmasının ve bu sürecin sorunsuz tamamlanmasının size önerilen süre ve şekilde dinlenmekle; beslenme, alışkanlık, yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmekle mümkün olacağı unutulmamalıdır

3. İŞLEMİN / MÜDAHALENİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARşILAşILACAK SONUÇLAR

Rahim filimi çekilmeden tplerinizin açık olup olmadığı veya rahim için duvar yapısı hakkında bilgi sahibi olunamaz Eğer her iki tp birden kapalı ise kendi kendine veya aşılama ile gebe kalmanız mümkün değildir. Bu durumda tüp bebek tedavisine ynlendirilmeniz gerekmektedir.

4. İŞLEMİN / MÜDAHALENİN ALTERNATİFLERİ

Hsg'nin alternatifi diagnostik laparoskopi işleminde vajinal yolladan metilen mavisinin her iki tubadan geişiizlenebilir.

5. İŞLEMİN / MÜDAHALENİN RİSK VE KOMLİKASYONLARI

Rahim filmi çekilirken verilen radyooprak maddeye karşı nadiren allerėik reaksiyon gelişebilir. Bu nedenle eski tip ilalaryerine alerji yapma potansiyeli son derece düşük olan yeni tür ilaçlar tercih edilmektedir.En sık görülen komplikasyon enfeksiyondur ve her 100 hastadan birinde görülür.Diğer bir nadir komplikasyon da rahim delinmesidir.

6. İŞLEMİN / MÜDAHALENİN TAHMİNİ SÜRESİ

İşlemin ortalama süresi 20 dakika dır.

7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Hastanede yatış süresince uygulanacak ilaçlar basit kızarıklıktan ağır solunum sıkıntısı ve şokla(anafilaksi) sonuçlanacak ağır allerėik reaksiyonlara kadar varan yan etkiler oluşturabilir. Gerekli acil müdahaleler yapılır.ancak ciddi yaşamı tehdit eden komplikasyonlar ve sonrasında yoğun geçici/sürekli bakım ihtiyaı olabilir.

	HİSTEROSALPİNGOGRAFI (HSG) ÇEKİMİ ÖNCESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAYI BELGESİ			
KODU: OF.004	YAYIN TARİHİ: 01.12.2025	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: 00	SAYFA: 2/2

8. HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Hsg çekimi adet bitiminden sonraki bir hafta içinde yapılmaktadır. Adet bitiminden sonra HSG çekimine kadar cinselilişkide bulunmamanız önerilir.

HSG çekiminden önce bildiğiniz her hangi bir allerjiniz varsa doktor(lar)a bilgi vermeniz hayati önem taşır.

HSG çekiminden sonra size verilen antibiyotik ilacını size belirtilen şekilde kullanmanız önerilir.

9. GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILIR

Hasta ihtiyaç duyduğu takdirde aynı konuda tıbbi yardım almak isterse hastanemizin İnfertilite Polikliniği ya da Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurulabilir.

10. DİĞER BİLGİLER

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum.

Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Formu okudum ve anladım. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen tedaviyi kabul ettiğimizi ve ameliyat ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen HSG (ilaçlı rahim filimi) işlemine onay verdiğimizi beyan ederim.

Buraya hasta ya da *yasal temsilcisi tarafından el yazısı ile ‘‘**Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım, kabul**

ediyorum. Bir nüshasını elden aldım .’’ ibaresi yazılacaktır

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

*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için (18 yaş altı) Anne veya Baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

Hastanın ve/veya Yasal Temsilcisinin Adı Soyadı:

Tarih...../...../20.... Saat:...../.....

İmza:

Yukarıda anlatılan işlem/müdahalenin nedeni ve faydaları, uygulanmadığı durumda karşılaşılabilecek sonuçlar, işlemin alternatifleri, riskleri/komplikasyonları, süresi, kullanılacak ilaçlar, işlem sonrası gereken bakım, gerektiğinde işlem

sonrası tıbbi yardıma nasıl ulaşılacağı hakkında bilgilerin hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Doktorun Adı Soyadı:

Tarih...../...../20.... Saat:...../..... İmza