

YB.RB.01	14.09.2017	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/2
-----------------	-------------------	-------------	-----------------	-----

Hastanın çevreye ve diğer hastalara zarar vermesini önlemek amacıyla yapılır.

Kısıtlama :

Alternatif seçenekler başarısız kaldığında hastanın kendisini ya da diğerlerini yaralanmalardan korumak amacı ile fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamak üzere bedeninin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel ya da mekanik ekipmanların kullanımınıdır.

Kısıtlama İşleminin Nasıl Yapılacağı:

Hastanın kısıtlama kararı doktor tarafından verir ve hasta tabelasına ne kadar süre ile hastanın kısıtlanacağı yazılıp onaylanır. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilir. Hasta, kısıtlanacak bölge (ellerinden, ayaklarından ya da göğüs) için yapılmış fiziksel tespit edicilerle bağlanarak tespit edilir.

İşlemin Tahmini Süresi:

Bu süre içerisinde yakından takip edilir ve belli aralıklarla (2 saat aralıkla veya doktor istemine göre) kısıtlamaya ara verilir.

Kısıtlama İşleminin Kim Tarafından Yapılacağı:

Kısıtlama işlemi sağlık çalışanı tarafından uygulanır.

Kısıtlama İşleminin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:

- Hasta çevresine ve kendisine (diğer hastalara, hasta yakınlarına, çalışanlara, hastane bina, araç ve gereçlerine) zarar verebilir.
- Tedavi amacıyla takılmış olan sonda, serum vb. kateterleri hortumlarını çekerek yaralanabilir. Bunun sonucunda cerrahi işlem gereksinimi doğabilir.
- Hastanın yataktan düşmesine neden olabilir.
- Uygulanacak olan tedavilerin uygulanmasına engel olunabilir.
- Ajitasyon (huzursuz, taşkınlık yapan), konfüzyon (bilinç bulanıklığı) ve demans (bunama) nedeniyle bilinçsizce yapılan hareketlerden(çarpma, düşme vb) dolayı ölümler görülebilir.

Kısıtlamanın Alternatif Seçenekleri :

- Konuşarak sakinleştirme
- Dikkatin başka yöne çekilmesi
- Personelin hasta ile iletişiminin artırılması
- Uygunsa mobilizasyon
- Psikiyatri desteği
- Çocuk hastada ebeveyn desteği
- Ek konsültasyondur
- Alternatif seçeneklerin başarısız veya yetersiz olması halinde kısıtlama yolu seçilir
- Bu işlemin alternatifi yoktur

Kısıtlama İşleminin Riskleri/ Komplikasyonları :

- Boğulma
- Dolaşım bozukluğu
- Kardiyopulmoner sistem fonksiyonlarında bozulmalar
- Solunum sıkıntısı
- Cilt bütünlüğünde bozukluk, sıyrık, basınç ülseri ekimoz
- Kontraktür
- Kas güçsüzlüğü kırıklar
- Yeterli besin ve sıvı alamama

- Aspirasyon
- Ajitasyon, konfüzyon
- Otonomi ve bütünlüğün kaybedilmesi
- Kendini hapsedilmiş hissetme

Kısıtlama İşleminde Beklenen Faydalar:

- Yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü (vücudun duruşu) koruyarak kas ve eklem kontraktürü (eklemin kalıcı olarak kasılması) gelişmesini önlemek ya da bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak
- Hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek
- Hastaları sakinleştirmek
- Hastanın yataktan düşmesini önlemek

Hastanın Adı Soyadı:**Doğum Tarihi:****Yattığı Bölüm:****Protokol No:****Planlanan Girişimin Adı:**

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi Bu onam formu size /hastanıza anlatılan işlemin “nasıl”, “neden” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği, işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki yada istenmeyen olaylar olabileceği, bu işlemin alternatifinin olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

Sonuç :

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. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz..

Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçeneklerihakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

*Lütfen kutu içine kendi el yazınızla “okudum, anladım yazarak yan taraftaki sütuna imza atınız.

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

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)