

HD.RB.03

12.10.2017

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/2

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: K E

Hasta Protokol No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız, Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. Ameliyat / Girişim / Tanısal İşlem Uygulaması Öncesi Tanı:

2. Planlanan Ameliyat / Girişim / Tanısal İşlem Uygulaması:

3. Ameliyat / Girişim / Tanısal İşlem Uygulaması:

Sağ Sol İki Taraf

Seviye:

4. Doktorum nasıl bir ameliyat / girişim / tanısal işlem uygulaması yapacağını, amacını, yararlarını ve alternatif tedavi yöntemlerini, olası risk ve komplikasyonlarını açıkladı; yapılacak tıbbi uygulama ve alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili tüm sorularımı yanıtladı. Tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları açıkladı. Yapılacak olan yukarıda belirtilen uygulamanın başarı şansı ve iyileşme sürecim hakkında bilgi verdi.

Olası komplikasyon ve riskler:.....

5. Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, genel anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin uzman doktor tarafından yapılacağı açıklandı.

6. Doktorumun yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine rıza veriyorum.

7. Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin ek bir ameliyat/girişim/uygulamayı gerçekleştirilmesine rıza veriyorum.

8. Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda yetki verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için rıza veriyorum.

9. Yapılacak uygulamalarla sağlığım ile ilgili tüm patolojilerin / hastalıkların teşhis edilemeyeceğini; hastane ve doktorlar tarafından şu anda farkında olduğum veya olmadığım tüm hastalıklarım için tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek yeni teşhis veya tedavi uygulamalarına bağlı olabilecek hastalıkları, patolojik durumları, komplikasyonları biliyor, anlıyor ve kabul ediyorum.

10. Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazlar / uygulamalar nedeniyle sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınımlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.

11. Girişim/ameliyat sırasında karşılaşılabileceğim ve yapılacak işlemlerle ilişkili olarak ortaya çıkabilecek kansızlık, menenjit dâhil olmak üzere mikrop kapma (enfeksiyon), toplardamar veya akciğerlerde kan pıhtılaşması, alerjik reaksiyonlar, ilaç yan etkileri, doku ödemi, sara krizi, pozisyonlamaya bağlı kısa ya da uzun süreli ağrı ve / veya uyuşukluk, geçici veya kalıcı organ / sistem fonksiyon bozukluğu, bunlara bağlı olarak engelli duruma gelme, ömür boyu ilaç veya hormon kullanma, organ / sistem(ler)in iflası veya ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık olarak anlatıldı, bu riskleri kabul ediyorum.

12. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücuduma, vücudun başka bir yerinden alınacak organ veya doku nakli yapılabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı olarak metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin / malzemelerin yerleştirilebileceğini; bu maddelerin daha sonra yerlerinden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini veya beklenen fonksiyonları gösteremeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyat(lar)ın gerekebileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğini anlayarak onay veriyorum.

13. Yukarıda belirtilenlere ek olarak girişim yerinde veya girişim yerinden uzakta kanama, enfeksiyon, geçici veya kalıcı uyuşukluk, nedbe / skar izi olabileceğini; doku / kemik çıkarılması / eklenmesi sonucu vücudun herhangi bir bölgesinde şekil bozukluğu ortaya çıkabileceğini; girişim yerinden beyin suyu gelmesi, geçici veya kalıcı ağrı, ses teli felci sonucu geçici veya kalıcı ses kaybı, yüz, diş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar veya büyük abdest kontrolü ile veya kişilikle ilgili geçici veya kalıcı hasar / fonksiyon kaybı gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabileceğimi biliyor ve bu riskleri kabul ediyorum.

14. Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku veya organların veya bunların görüntülerinin veya bunlardan üretilecek devam dokularının, bunlardan elde edilecek her türlü tıbbi bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine veya üretilmesine, itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

15. Durumum ile ilgili olarak hastanede uygulanacak tüm teşhis ve tedavi uygulamalarının olası maliyetleri konusunda bilgilendirildim.

16. Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

17. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

18. Ameliyat / girişim / tanısal işlem uygulaması sırasında 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.

Ek olarak belirtmek istediklerim:.....

.....

Yukarıdaki metnin tamamını okudum; sözel olarak da hekimim tarafından detaylı olarak bilgilendirildim ve kendisi tüm sorularımı cevaplandırıldı. Yapılacak olan ameliyat / girişim / tanısal işlem uygulamasının amacı, yararları, alternatif tedavi yöntemleri, olası risk ve komplikasyonlarını anladım; yapılacak olan tıbbi uygulamayı onaylıyorum.

Hastanın;

Adı-Soyadı: Doğum Tarihi: İmzası: Tarih: Saat:

Hastanın Yasal Temsilcisinin;

Adı-Soyadı: Yakınlık Derecesi: İmzası: Tarih: Saat:

Şahidin (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Hastanın Yasal Temsilcisinden Rıza Alınma Nedeni;

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetisi yok Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.