

Tüm dünyada ve ülkemizde ilan edilen COVID-19 pandemisi sebebi ile, ülkemizde pandemi hastanelerinde hastalar kendilerine ayrılmış servislerde tedavi olmaktadır. COVID-19 ile ilişkili bulaşın çok yüksek olması nedeniyle hastane içindeki diğer servislerde tedavi edilen kişilere de bulaşabileceği, bu bulaşmanın her türlü önlem alınmasına rağmen engellenemeyeceği ve Sağlık Bakanlığınca (MHRS) Merkezi Hekim Randevu Sisteminde sadece aşı için izin verilen gönüllü kişilere aşı yapılabildiği ve bu nedenle uygulamalı eğitim öncesi aşı yapılamadan yada uygulanan aşının gerekli koruyuculuğu sağlanmadan eğitim verileceği, hastane ortamında bulunmanız nedeni ile COVID-19 virüsünün size de bulaşabileceği bilgisini paylaşmak istiyoruz.

COVID-19 enfeksiyonu için asemptomatik taşıyıcılık da söz konusu olduğundan bulaş olmayacağına garantisizdir. COVID-19 virüsüyle bulaş riskini azaltmak için Sağlık Bakanlığınca önerilen gerekli tüm önlemleri uygulamakta ve takip etmekteyiz. Bununla birlikte, uygulamalı eğitiminiz sırasında COVID-19 virüsü ile enfekte olmayacağınızı garanti edemeyiz.

Bu bilgilendirme sonrasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinde uygulamalı eğitim almayı kendi özgür irademle kabul ediyorum.

- 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 kullanılabilmesi 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.

**İLGİLİNİN**

Adı – Soyadı :

Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_:\_\_\_

İmza :

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

**BİLGİLENDİREN**

Adı – Soyadı :

Kaşe / İmza :

Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_/\_\_\_