

HD.UY.RB.03

27.06.2018

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/1

AYDINLATMA

Değerli hastamız, polisomnografik incelemeniz için yatırıldığınız tüm gece boyunca uykunuz, uyku sırasındaki yatış işlemleriniz, bacak veya vücut hareketleriniz, nabzınız, kalp elektrotlarınız, tüm tetkik süresince kandaki oksijen düzeyleriniz incelenecek, horlamanın, uykuda nefes durmasının, uykuda bacak hareketlerinizin, istemsiz beden hareketlerinin ya da epileptik nöbetlerin olup olmadığı, araştırılacaktır. Eş zamanlı olarak yine tüm tetkik süresince video-monitorizasyon yapılacak ve bu teknik ile hem elektriksel hem de klinik olaylar depolanacak, gerektiğinde tekrar yeniden değerlendirilebilecektir.

Bu tetkik ile uykunuz değerlendirilmiş ve bir uyku hastalığınız var ise bu hastalığın tanı ve tedavi olanakları sizinle paylaşılacaktır. Tetkik sonrası size yapılmış tetkik ile ilgili detaylı bir raporun tanzim edilip verilecektir. Uyku hijyeni, ilaç tedavisi, eşlik eden diğer hastalıkların tanı ve tedavileri, solunum cihazları (CPAP veya BPAP) veya cerrahi operasyon yaklaşımlarından sizin için uygun olanına karar verilecek ve bu karar sizin bilginize sunulacaktır.

Bu kayıtların bir kısmı bilimsel ve eğitim amacıyla sadece bilimsel oturumlarda (ders, toplantı, vb.) kullanılabilir.

Bu form ile hastanemiz Nöroloji Anabilim Dalı, Epilepsi ve Uyku Bozuklukları Birimine (hekimler, hemşireler, teknisyenler)

3. Hastalığınız hakkında bilgi edinilmesi ve/veya tanı konulması tedavinizin planlanması amaçları ile uzun süreli video monitorizasyon eşliğinde polisomnografik tetkikin yapılmasına

4. Buradaki kayıtların isminiz ve kimliğiniz saklanmak koşulu ile eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılmasına izin vermiş oluyorsunuz.

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 verdiğimizizi 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 seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

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

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)