

Yeni corona virüs(COVID19) solunum yolu enfeksiyonu yapan bir virüstür. En çok karşılaşılan belirtileri ateş, öksürük ve solunum sıkıntısıdır. Şiddetli olgularda zatürre, ağır solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği ve ölüm gerçekleşebilir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19 pandemisi olarak ilan edilen bu süreçte;

- Herhangi bir zamanda ve yerde bu hastalığa yakalanma olasılığım olduğu,
- Virusun şikayeti olmayan taşıyıcılar ile de toplumda yayılabildiği ve bu yayılmanın engellenemediği,
- Hastalığın kesin bir tedavisinin olmadığı ,
- Kuluçka süresinin(hastalık mikrobunu taşıırken hastalık belirtilerinin görülmediği dönem) 14 güne kadar uzayabildiği ve bu dönemde kişinin hastalıkla ilişkili herhangi bir şikayetinin (ateş, öksürük, nefes darlığı vb) olmayabileceği, benim de şu an bu süreçte olabileceğim
- Hastaysam veya taşıyıcıysam ameliyatın hastalığı ağır geçirmemde bir etken olabileceği

Tarafıma doktorumuz tarafından net bir şekilde anlatıldı.

Korona virüsü taşıyıcısı isem ve şu anda herhangi bir bulgum olmasa bile kuluçka süresinin şu anki bilgilere göre 14 güne kadar uzaması nedeniyle hastanede yapılan diğer hastalığım ile ilgili ameliyat, tıbbi tedavi, tıbbi girişimin sırası ve sonrasında COVID-19 hastalığının ortaya çıkabileceği, hastalığın daha ağır seyredebileceği tarafıma anlatıldı.

Aşağıda verdiğim cevapların doğruluğunu beyan ederim.

	EVET	HAYIR
Geçtiğimiz 14 gün içinde COVID-19 tanısı almış birisi ile temasım oldu.		
Geçtiğimiz 14 gün içinde yurt dışı seyahatim oldu.		
Geçtiğimiz 14 gün içinde yurt dışından gelen (Avrupa, Amerika, Uzak Doğu, Ümre özellikle) kişilerle temasım oldu.		

Bu onam formunu okuyup-anladım, anlamadığım yerler hakkında sağlık personelinde yeterli açıklamayı aldım. Bu koşullar altında ameliyat, her türlü tıbbi girişim ve medikal tedavi yapılmasına izin veriyorum.

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

Hasta Ad soyad, İmza
Tarih ___/___/___ Saat ___/___

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza
Tarih ___/___/___ Saat ___/___

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)
Tarih ___/___/___ Saat ___/___