

HD.UY.RB.01

27.06.2018

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/1

AYDINLATMA

Değerli hastamız, Video-EEG monitorizasyon ünitesinde yattığınız hem uyku hem de uyanıklık süresi boyunca nöbetleriniz kayıt edilmeye çalışılacaktır. Video-EEG eşzamanlı olarak hem EEG hem görüntünüzün video aracılığı ile kayıtlanması anlamına gelmektedir. Bu teknik ile hem elektriksel hem de klinik olaylar depolanabilmekte ve gerektiğinde yeniden değerlendirilmektedir.

Yattığınız süre boyunca saatler ve günler sürebilecek hem uyku ve hem de uyanıklıkta kayıt edilen elektriksel ve görüntüsel verilerinizi inceleyerek, ataklarınızın epileptik nöbet olup, olmadığını; epileptik nöbet ise ne tipte olduğunu ve beynin hangi bölgesinden kaynaklandığına dair sorulara yanıt aranacaktır. Bunu yaparken, eğer antiepileptik ilaç kullanıyor iseniz nöbetlerinizi görmek için ilacınızı azaltabilir ve gerekirse kısa süreli ilacınızı kesebiliriz. Bu kesim esnasında nöbetleriniz geri gelebilir ve sık nöbet geçirebilirsiniz. Bu esnadaki tıbbi müdahaleler için yanınızda medikal ekip her an hazır bulunacak şekilde uyarı sistemleri mevcut olacaktır. Olası bir nöbet anında hayati tehlikeye yol açabileceğinden monitorizasyon süresi boyunca yalnız kalmamanız (Refakatçiniz olmaksızın dolaşmak, uyumak) sakız çiğnememeniz gerekmektedir.

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)

1.Hastalığınız hakkında bilgi edinilmesi ve/veya tanı konulması ve/veya tedavinizin planlanması amaçları ile senkronize Video-EEG Monitorizasyonu yapılmasına

2.Buradaki kayıtların isminiz ve kimliğiniz saklanmak koşulu ile eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılmasına

İzin 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)