

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
JİNEKOLOJİ**



HASTA TAKİP DOSTASI

ADI SOYADI :.....

YATIŞ TARİHİ :.....

BİLGİSAYAR NO:.....

PROTOKOL NO :.....

DÖKÜMAN KODU: DH.FR.02	YAYIN TARİHİ: 10.05.2012	REVİZYON NO: 02	REVİZYON TARİHİ: 01.10.2016
------------------------	--------------------------	-----------------	-----------------------------

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

HASTA TAKİP DOSYASI

HASTANIN:

Adı :.....
Soyadı :.....
Baba Adı :.....
Yaşı :.....
Cinsiyeti :.....
İşi :.....
Adresi :.....
.....
Tel :.....
Kan Grubu :.....
Hepatit Markerler :
HBs Ag :.....
Anti HCV :.....
Anti HIV :.....

TEŞHİS: 1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

HASTANIN DOKTORU

Öğretim Üyesi : Asistan Doktor :

ANAMNEZ

SAT: Adet Düzeni: / /
Gebelık Sayısı: Doğum Sayısı: Abortus:
ŞİKAYET:

Tarih:
Kan Grubu:
Yaşayan:

HİKAYE:

ÖZGEÇMİŞ:

SOYGEÇMİŞ:

FİZİK MUAYENE: TA: Nabız:: Ateş: Kilo: Boy: UKİ: Yüz.Alanı:
Genel Durum:

Lenfadenotapati: İnguinal: Aksiller: Supraklavikuler: Diğer:
Baş-Boyun:

Akciğerler:

Kalp:
Meme Muayenesi:

İskelet ve Adale Sistemi:
Diğer Sistemler:

PELVİK MUAYENE:
Vulva –vajen:
Serviks Uteri:

Korpus Uteri:

Adneksler:

Spekulum:

Rektovajinal Muayene:

Dr.
Klinik Tanı:

SİTOLOJİ VE BİOPSİLER

Serviko-Vajinal PAP Smear:

Kolposkopi:

Biopsiler:

Tarih:

Alındığı Yer:

Alınma Şekli:

PATOLOJİ RAPORU:

GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİ:

ULTRASON:

Pelvik

USG:

Vajinal-Abdominal:

Tüm Batın USG:

Doppler:

AKCİĞER GRAFİSİ:

BATIN GRAFİSİ::

Kolon Grafisi:

İVP:

HSG:

CT:

MRI:

Mamografi ve Meme USG:

SİSTOSKOPİ:

REKTOSİGMOİDOSKOPİ:

Sintigrafi:

Dansitometri:

ONKOLOJİK HASTA FORMU

HASTANIN ADI SOYADI:

Tarih:

TÜMÖR MARKERLERİ:

Tarih	Ca 125	Ca 19.9	Ca 15.3	CEA	AFP	Beta HCG

TEDAVİ PLANI:

KEMOTERAPİ:

Tarih	Yatış Sayısı:	Yatış Nedeni:	KARNOFSK S:

SONUÇ:.....
.....
.....
.....

INFERTİLİTE TETKİK VE TAKİP FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Yaş:

Eğitim-Meslek:

Infertilite Öyküsü:

A) Primer

Tarih:

Telefon:

Protokol No:

B) Sekonder

Özgeçmiş:

Geçirilen Operasyonlar:

Laparoskopi:

Histereskopi:

Laparotomi:

Menstrüel Düzen:

Koit Sıklığı:

Aışkanlıklar:

Sigara:

Alkol:

Narkotik Bağımlılık:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Soygeçmiş:

Pelvik Muayene:

USG:

Hormon Profili:						
FSH:						
LH:						
E2:						
Progesteron:						
Prolaktin:						
FT3:						
FT4:						
TSH:						

Endometrial Biyopsi:

Post Koital Test:

Anti Sperm Antikor:

HSG:

Önceki Infertilite Tedavileri:

Yapılan İşlem ve Sonuç:

Tedavi:

Spermiogram:

Tarih	Miktar	Teknik	Sayı	Motülüte	Anomali	Hareketlilik

Geçirilen Operasyonlar:

Varikozel Operasyonu:

Yapılan Tedavi:

Üroloji Konsültasyonu:

Doppler USG:

Biyopsi:

Diğer Tetkikler:

Sonuç

İDRAR													
Tarih	Renk	Reaksiyon	Dansite	Protein	Esbach	Şeker	Aseton	Bilurubin	Ürobilin	Ürobilinojen	Sulkowitch	Mikroskopik Muayeneler	Diğer Muayeneler

KAN																
Tarih	Hb	Erit	Lök	YÜZDE								Hema fokrit	Eritros yapısı	Sedim 1 saatte	Tran Bosit	Retikü losit
						Çomak	Parçalı	EO	Baso	Mono	Lenf					

BİYOKİMYA ARAŞTIRMALARI

Tarih	ÜRE %Mg 20-40	Şeker %Mg 70-90	Ph 3.35-7.45	CO2 L/MEq 22-28	Na L/MEq 100-106	K L/MEq 3.55	CL L/ME q 100-106	Bilirubin %MG. 0.4-0.8	Alkalen Fosfataz	SGOT	SGPT	LDH	CPK	Total Grof. %Gr. 6-8	Alb. % Gr. 49-5	Alb. %Gr. 2-3

Tarih	Trigliserid	Total lipid %mg 400-900	Kolesterol % m 140-260	Kolesterol Esterleri	Ürik Asit % mg 2-6	Kreatinin % mg 0.9-2	ASO	CRP	Protein Elektrofarazi %					Kan Kültürü	Boğaz Kültürü		
									Alb. 45-55	Glob A1 5-8	Glob A2 8-13	Glob B 11-17	Glob X 15-25				

AMELİYAT NOTU:

Adı Soyadı:

Ameliyat Pro:

Teşhis:

Anestezi ekibi:

Anestezi tipi:

Protokol No:

Ameliyat Ekibi:

Operasyon:

Operatör Dr.

1. Asistan Dr.

2. Asistan Dr.

İndörn Dr.

Ameliyat Tarihi:

Hemşire:

Doğum Numarası:

Operasyon Başlama Saati:

Operasyon Süresi:

Yapılan Ameliyatlar:

TARİH	GÜNLÜK DOKTOR TAKİBİ
-------	----------------------

TEDAVİ

Tarih	Verilen İlaçlar ve Serumlar	PO/IM/IV	Diyet ve Öneriler Dr.Adı

TEDAVİ

Tarih	Verilen İlaçlar ve Serumlar	PO/IM/IV	Diyet ve Öneriler Dr.Adı

**TEŞHİS ve TEDAVİ İŞLEMLERİ AYRINTILI HASTA
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

HASTANIN

ADI VE SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

PROTOKOL NO :

YATIŞ TARİHİ :

Sayın hastamız,

Sağlık durumunuzun ve size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar, risk ve alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz!

Okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, sizi bilgilendirerek bu uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi belirlemek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

***Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır. İşbu belge, 1219 sayılı Kanunun 70. ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 26.maddeleri uyarınca 2 nüsha olarak düzenlenmiş, bir nüsha hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.**

1.Biz -----, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademizle,-----
----'ın başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere Bursa Devlet Hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği hemşirelerini, sağlık teknisyenleri ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

2.Doktorlar

bize,hastamızın,.....şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığı olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak bizi bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında hastamızın rahatsızlığının gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızamız olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında

olarak hastamızın rahatsızlığının gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyoruz..

3.İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili anlatılanlara, planlanış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılar tarafından farklı tanılara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyoruz.

4.Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar / ameliyatlarda halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanamayabileceğini biliyor ve onaylıyoruz.

5.Yapılacak uygulamaların,hastamızın sağlığıyla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu anda farkında olduğumuz ya da olmadığımız her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyoruz, idrakindeyiz, kabul ediyoruz.

6.Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğini; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonrada olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülme sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyoruz.

7.Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AİDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyoruz, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum halinde kullanılmasını talep ediyoruz.

8.Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek anestezi yöntemlerinin (genel, bölgesel, omurilik anestezisi-spinal/epidural-) ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyoruz. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyoruz.

9.Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudunun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, kırılabileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyoruz uygulamalarının genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idraki olarak onay veriyoruz.

10.Tedavi olamaması veya tedaviyi reddetmemiz durumunda karşılaşılabileceği her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem),sara krizi, geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğimizi bize açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi.

Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi(nedbe); kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu; ameliyat veya iğne yerinden beyin suyu gelmesi; baş ağrısı veya uzun süreli/ kronik ağrı; ses teli felcine bağlı geçici veya kalıcı ses kaybı; yüz, kaş, diş, göz gibi organlar ve işitme yutkunma ve görme, idrar veya büyük abdest kontrolü gibi işlevlerle ilgili geçici veya kalıcı fonksiyon kayıpları; kişilikle ilgili değişiklikler; bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksinimin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

11.Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, hastamıza uygulanacak.....girişimiyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek.....

.....tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimizi beyanla, kabul ve talep ediyoruz.

12.Hastamızın sağlığıyla ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine – itiraz hakkımız olduğunun bilincinde olarak-yetki ve onay veriyoruz.

13.Bu yazılı belgenin tamamını,net bir şekilde okuduk/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bize okundu/tercüme edilerek izah edildi.Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak bize her türlü soru

sorma,değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi.Tedavinin uygulanmaması ihtimalide dahil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı.Bu belgede yazılı olanlar ve sorularımıza aldığımız cevaplar ile bize,hastamızın sağlığıyla ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor,hiçbir baskı altında kalmadan,kendi özgür irademizle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyoruz.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay

veriyorum."yazınız.

--

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

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

Saat:/.....

Hastanın Adı-Soyadı :

İmza :

Hastanın Kanuni Temsilcisi Adı-Soyadı :

İmza :

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

Doktorun Adı-Soyadı :

İmza :