

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2926
		YAYIN TARİHİ	15.06.2020
		REVİZYON NO	00
	ANESTEZİ UYGULAMALARI İÇİN COVID-19 BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/1

Tüm dünyada ve ülkemizde ilan edilen COVID-19 pandemisi sebebi ile, hastanemizde COVID-19 hastaları, fiziki ortamların imkan verdiği ölçüde, özel olarak ayrılmış servis ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmektedir. COVID-19 hastalığında bulaş riskinin çok yüksek olması nedeniyle hastanenin diğer bölümlerinde tedavi edilen kişilere de bu hastalığın bulaşabileceği unutulmamalıdır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi olarak Sağlık Bakanlığı ve uluslararası sağlık örgütleri tarafından önerilen koruyucu önlemler hassasiyetle uygulanmaktadır. Ancak, her türlü önlem alınmasına rağmen virüs yayılımının engellenemeyebileceği ve hastane dışı tüm sosyal alanlarda olduğu gibi, hastane ortamında da COVID-19 virüsünün bulaşabileceği bilgisini paylaşmak istiyoruz.

Şu anda, herhangi bir anestezi uygulamasının virüse yakalanma olasılığı üzerinde olumlu veya olumsuz etkisi olup olmadığını kesin olarak belirlemek için yeterli kanıt yoktur. Ayrıca COVID-19 enfeksiyonu için asemptomatik taşıyıcılık da söz konusu olduğundan bulaş olmayacağının garantisi verilemez. COVID-19 virüsüyle bulaş riskini azaltmak için Sağlık Bakanlığınca önerilen gerekli tüm önlemleri uygulamakta ve takip etmekteyiz. Bununla birlikte, tedaviniz sırasında COVID-19 virüsü ile enfekte olmayacağınızı garanti edemeyiz.

Bu bilgilendirme sonrasında tarafıma önerilen anestezi uygulamalarının yapılacağı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinde yatarak/ayaktan anestezi tedavisi/girişimi olmayı açıkça beyan ve kabul ediyor, işlemin yapılmasına kendi özgür irademle izin veriyorum. Tedavinin tüm sonuçlarını kabul ettiğimi onaylıyorum

...../...../20...

Yukarıdaki alana kişi kendi el yazısı ile “OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM” yazarak imzalayacaktır.

- ... Hasta 15 yaşından küçük ise anne veya babasının veya kanuni vasisinin imzası,
- ... Hasta 15-18 yaş aralığında ise anne veya baba veya vasisinin ve kendisinin imzası,
- ... Hastanın karar verme yetisi yok ise kanuni vasisinin imzası alınacaktır.

Bilgilendirme Yapılanın
Adı Soyadı/İmzası

Hastaya yapılacak işlemi, olası riskleri ve komplikasyonları, umulan sonuçları tüm detayı ile sözel olarak anlattım. Hastanın sorduğu sorulara yeterli ve tatmin edici açıklamalarda bulundum ve bu bilgileri anlamasını sağladım. Hasta yeterince aydınlatıldığını ve tedaviyi kabul ettiğini, bu formu imzalayarak rızasını gösterdi.

DOKTOR

İMZA

TARİH

TERCÜMAN AD-SOYAD
(Yabancı uyruklu hastalar için)

İMZA

TARİH