



<b>T.C.</b> <b>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ</b> <b>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b> <b>GÖĞÜS HASTALIKLARI VE AKCİĞER REHABİLİTASYONU</b> <b>İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU</b>	<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>GN.FR.2463</b>
	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>04.05.2016</b>
	<b>REVİZYON NO</b>	<b>00</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>--</b>
	<b>SAYFA NO</b>	<b>1 / 1</b>

**Dosya no :**

**Hastanın adı soyadı :**

**Ön tanı / Tanı:**

Ben, ..... kendime (/hastama), doktorumun bana açıkladığı şekilde, şikayetlerime neden olan hastalığının tedavisi için, akciğer rehabilitasyonu programına katılmam gerektiğini öğrendim. Programa alınmadan önce doktor tarafından yapılan muayeneye ek olarak fizyoterapistlerle kişisel görüşmelerimin olacağını ve fiziksel aktivite anketleri ile birlikte nefes darlığı ölçütleri ile anksiyete (sıkıntı), depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirmeye yarayacak testlerin doldurulacağını öğrendim. Programa alınmadan önceki tarama testleri arasında solunum fonksiyon testleri, kan gazları testi (kanda oksijen, karbondioksit vb. bakılması), 6 dakika yürüyüş testi, kalp ultrasonu (ekokardiyografi) veya kalp-akciğer egzersiz testinin olabileceği, bu testlerin program sonunda da tekrarlanacağı ve sonrasında durumumla ilgili gelişme hakkında bilgilendirileceğimi öğrendim

Bana uygun görülen (aerobik egzersizler ve bisiklet, yüzme, solunum ve gevşeme teknikleri gibi) egzersizleri, eğitimsel aktiviteleri ve kronik akciğer hastalığınızın içyüzünü kavramaya yönelik bilgi sağlayan diğer hizmetleri içeren bir programa katılacağım hakkında bilgilendirildim. Egzersizin tipi, miktarı ve süresi (en az 2 ay) doktorum ve fizyoterapistler tarafından belirlenecektir.

Bu programa başlarken egzersiz öncesi ve sonrasında tansiyon, nabız ve oksijenlenme durumumun kontrol edileceği, program sırasında baş dönmesi, ciddi nefes darlığı, tansiyonda, oksijenlenmede, kalp hızı veya ritminde belirgin değişiklikler olabileceği ve bu durumda fizyoterapistlerin egzersizi sonlandırabileceğini öğrendim.

**Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/ yakınım bana okudu. Doktor, önerilen işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri ve olası seyrini anlattı. Buna ek olarak bu tedaviden sonuç alınmama ihtimalinin olduğu uyarısında bulundu.**

**Tüm anlatılanları anladım. Bu tedavi ve tedavi kapsamındaki testler konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bu programa katılmayı kabul ediyorum. Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.**

**Önerilen işlemi/ tedaviyi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

	<b>Adı-Soyadı</b>	<b>Tarih-Saat</b>	<b>İmza</b>
<b>Hasta / Yakını</b>			
<b>Doktor</b>			
<b>Tamk</b>			

*Notlar:*

- 1- Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.
- 2- Bu form 2 nüsha doldurulur, bir nüsha hastada kalır.