



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1518
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/2

Kan veya kan komponenti transfüzyonu aydınlatılmış onam formu

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

YÖNTEM

Hastalığınız nedeniyle size (veya velisi/vasisi bulunduğunuz kişiye) başkasından alınan kanın veya bu kanın ayrıştırılması ile elde kan komponentlerinin (eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma, kriyopresipitat, trombosit zengin plazma, granülosit süspansiyonu) nakli, yani transfüzyonu gerekmektedir. Bunlar doğrudan hastalığınızı tedavi etmek veya size uygulanan bir tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan yetersizlikleri gidermeye yöneliktir. Bunların ne nedenle verilmesi gerektiği hekiminiz tarafından size açıklanacaktır.

Transfüzyon için kullanılacak kan ve komponentleri, standartlara uygun ve güvenli bir şekilde hazırlandığı denetlenen kan bankalarından temin edilmektedir. Kan bankalarında kan bağışçıları riskler açısından dikkatle sorgulanmakta, ayrıca kanlar yasal ve bilimsel olarak yapılması zorunlu olan bazı testlerden geçirilmektedir. Transfüzyon yoluyla bulaşan bazı önemli hastalıklar (Hepatit B, Hepatit C, AIDS, Frengi) test edilmekte ve pozitif çıkan kanlar kesinlikle kullanılmamaktadır. Ancak kan yolu ile bulaşabilen her hastalığın test edilmesi mümkün olmadığı gibi, test sonuçları negatif çıkmış bir kanla herhangi bir hastalığın bulaşmayacağına %100 garantisini vermek de mümkün değildir. Size en uygun kanın seçilmesi açısından da gereken testler (kan grubu, cross-match, gereğinde antikor taramatanımlama gibi) yapılmaktadır. Ancak bazı durumlarda size tam uygun bir kan bulunamayabilir. Bu durumda da izlenecek yol hakkında hekiminiz tarafından size bilgi verilecektir.

Yasal ve bilimsel olarak yapılması gereken tüm işlemler eksiksiz bir şekilde yerine getirilmiş olsa bile kan veya komponentlerinin transfüzyonu sırasında veya sonrasında, verilen kana veya size ait faktörlere bağlı olarak istenmeyen bazı yan etkiler ortaya çıkabilir (ateş, alerjik reaksiyonlar, duyarlanma, enfeksiyon bulaşı, hemolitik reaksiyonlar, akciğer ödemi, graftversus-host hastalığı, trombositopeni, demir birikimi vs gibi). Bunların arasında ateş ve alerjik reaksiyonlar nadiren, diğerleri ise çok nadiren gelişebilir. Bu yan etkilerden herhangi biri açısından özel riskli bir durumunuz var ise hekiminiz size bilgi verecek ve mümkün ise önleyici tedbirleri de alacaktır. Ancak yine de tüm yan etkilerin %100 önlenmesi mümkün olmayabilir.

:

Kan veya komponentlerinin hangilerinin ne sıklıkta size verilmesi gerektiği doktorunuz tarafından size bildirilecektir. Kişisel farklılıklar ve hastalığınızın seyri sırasında ortaya çıkabilecek değişiklikler nedeniyle verilecek kan veya komponentin türü, sayısı ve sıklığı değişiklik gösterebilir. Doktorunuz kan veya komponentlerinin naklinden umulan yarar, ortaya çıkabilecek riskler, yan etkiler ve işlemin nasıl gerçekleştirileceği konusunda size bilgi verecektir. Doktorunuzdan konuyla ilgili ayrıntılı bilgi alma, merak ettikleriniz hakkında soru sorma ve bu sorulara cevap alma ve serbest iradenizle karar verme hakkına sahipsiniz.

"Kalite Yönetim Sistemi" Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1518
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

Hekimin bilgilendirme ile ilgili ek notları:

Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonundan kaynaklanabilecek riskleri ve yan etkileri okudum, anladım ve bilgilendirildim. Tedavim sırasında kan ve kan ürünlerinin gerekli sayıda ve sıklıkta transfüzyonu için doktorlarıma yetki veriyorum.

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____