

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1601
		YAYIN TARİHİ	23.09.2013
	NÖROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/3

NÖROLOJİ KLİNİĞİ YATAN HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Sayın hastamız,

Sağlık durumunuz ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz. Bu belgede geçen hususları tam olarak anlamanız önemlidir. Belgenin yazılma amacı sizi korkutmak veya yapılacak olan uygulamalardan uzaklaştırmak değildir. Bu belge yapılacak uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi kayıt altına almak için düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

Ben _____; hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, _____ Hastanesi'nin Nöroloji kliniğini hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Hastalığımın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar.

Hastalığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemin kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya _şu an farkında olduğum ya da olmadığım 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 (Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar) biliyorum, kabul ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak

"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

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1601
YAYIN TARİHİ	23.09.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/3

üzere_şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabilceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin (bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar) var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek enjeksiyon, bantlama, anestezi vb yöntemlerin 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 biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum.

Tedavi olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, uygulama bölgesinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi (ödem), sara krizi (nöbet), geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim_şekilde izah edildi.

Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, tarafıma uygulanacak_____

_____ girişiyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya

çıkabilecek_____

_____ gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

Sağlığımla 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 hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1601
		YAYIN TARİHİ	23.09.2013
	NÖROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	3/3

Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum veya okuma/dil bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dahil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularına aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Onay verenin; Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Şahit (varsa) imzası:

Çevirmen (varsa) imzası:

Ben Dr. _____;

Hastaya hastalığı ve uygulanacak işlemlerle ilgili gerekli bilgileri verdim. Hastanın bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.