	BEYİN CERRAHİ ERİŞKİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ			
Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.06	01.08.2011	01	Kasım-2020	1/2

HASTA ADI,SOYADI: **CİNSİYET:**
DOĞUM TARİHİ: **YATIŞ TARİHİ:**
TANI: **PROTOKOL NO:**

Sayın hasta / vekili / kanuni temsilcisi'ne sağlık durumu ve önerilen tıbbi, cerrahi, yada teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri ve hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve bunların tamamını yada bir kısmını reddetmek yada kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahip olduğu açıklanmış,

Bu uygulamalara rıza gösterip göstermediklerini belirlemek, bilgilendirmek ve onaylarını almak için aşağıdaki onam belgesi düzenlenmiş ve bizzat kendileri tarafından okunarak ve bilinerek imzalanmıştır.

- ✓ Ben ……, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen kendi özgür irademle başvuru sebebim olan yakınlarımı değerlendirmek, gerekli gördüğü muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun gördüğü uygulamaları serbestçe yapmak üzere, FETHİYE DEVLET HASTANESİ, HEMŞİRE, EBE ve DİĞER SAĞLIK TEKNİSYENLERİNİ, ASİSTAN VE UZMAN DOKTORLARI ile birlikte BEYİN CERRAHİ KLİNİĞİNİ yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.
- ✓ Doktorlarım bana, sağlık durumumla ilgili olarak …….. ifade edebilecek bir rahatsızlık olduğunu anlatmış olup, bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak bunun ne olduğu, sebepleri, rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi alternatifleriyle, gerek teşhis ve gerek tedavi işlemleri sırasında olabilecek beklenen ve beklenmeyen, az yada çok tehlikeli ihtimalleri saymışlar, anlayıp anlamadığımı ve rızam olup olmadığını sormuşlardır. Ben tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğini anladım kabul ediyorum.
- ✓ İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılarınca, farklı tanılara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, hatta farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyorum, bunlara rıza gösteriyorum, yapılmalarını talep ediyorum.
- ✓ Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak her türlü teşhis ya da ameliyatlar da dahil tedavi uygulamalarının gerekli görülmesi halinde tamamlanamayabileceğini veya birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini yada hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum.
- ✓ Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm patolojileri/hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, hastane ve doktorlar tarafından bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut, veya şuan farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık yada patolojik durumum/hastamızın durumu için tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan yeni ve teşhis yada tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları anladım, biliyorum, kabul ediyorum.
- ✓ Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerji, kısa ve uzun dalgalı ışınımlara maruz kalabileceğimi, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik yada uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.
- ✓ Uygulamaların tamamı ya da 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 AIDS dahil, erken yada geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor; ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.
- ✓ Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurilik anestezisi yada genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun yada sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümü içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri biliyorum, anladım ve onaylıyorum.
- ✓ Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak vücuduma, vücudun bir başka yerinden organ yada doku parçalarının alınabileceğini; yada vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini ya da beklenen fonksiyonları göstermeyebileceklerini; tekrar çıkartılmalarının ve

KONTROLLÜ KOPYA

- ✓ bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum; bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin bilincinde olarak onay veriyorum.
- ✓ Tedavi olmamam durumunda karşılaşabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğim kansızlık/anemi, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma/enfeksiyon, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde yada ameliyat yerinden uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku ödemi sara krizi geçici yada kalıcı organ yada sistem fonksiyon bozukluğu, iflası yada ölüm gibi olaylarla karşılaşabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin hafif rahatsızlık, kesi-ponksiyon bölgesinde uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe/skar izi yada kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu kafada, kollarda yada bacaklarda yada vücutta şekil bozukluğu, ameliyat yada ponksiyon yerinden beyin suyu gelmesi, baş ağrısı yada uzun süreli/kronik ağrı, ses teli felci sonucu geçici yada kalıcı ses kaybı, yüz, kaş, diş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar veya büyük abdest kontrolüyle ilgili, yada kişilikle ilgili geçici yada kalıcı fonksiyon kaybı, bir doku yada organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme yada ömür boyu ilaç ya da hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması ve uygulamalar sırasında pozisyonlamaya bağlı kısa yada uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyorum ve bu riskleri kabul ediyorum.
- ✓ Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, ya da dokunun, ya da görüntülerinin ya da bunlardan üretilecek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, yada üretilmesine -itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.
- ✓ Yukarıda belirtilen genel onamıma ilaveten ve bu genel onamımın ayrılmaz bir parçası olan, özellikle hastalığıma ve tedavime ilişkin olarak hazırlanan "Özel Aydınlatılmış Onam Belgesi'nde" açıklanmış diğer risk ve tehlikeli durumlar bana açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmıştır. Tamamını anladım ve bunların bilincinde olarak kabul ediyorum.
- ✓ Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bildiğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu onam belgesi hazırlanırken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi, tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikeleri anlatıldı ve gerek bu belgede yazılı olanlar ve gerekse sorularıma aldığım cevaplar ile bana sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgiler verilmiştir. Bu nedenle hiçbir baskı altında kalmadan, özgür irademle bu onam belgesini imzalıyorum.

İşlemin Tahmini Süresi:……

Lütfen kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum" yazınız.

……....

HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

ÇEVİRMENİN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

VASİ/YAKINI ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

TANIK ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

Ben "Rıza Belgesi" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

HEKİMİN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	YÜRÜRLÜK ONAYI

KONTROLÜ KOPYA