

# TEŞHİS VE TEDAVİ İŞLEMLERİ AYRINTILI ONAY BELGESİ\*

*Sayın hasta vekili / kanuni temsilcisi,*

*Hastanızın sağlık durumu ve size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar, risk ve alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahiptir!*

*Okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, sizi bilgilendirerek bu uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi belirlemek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.*

\*Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır. İşbu belge, 1219 sayılı Kanunun 70. ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 26. maddeleri uyarınca 3 nüsha olarak düzenlenmiş, bir nüshası hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.

1. Biz \_\_\_\_\_, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademizle, hastamız \_\_\_\_\_'ın başvuru sebebi olan yakınmalarını değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi olduğunu bildiğimiz \_\_\_\_\_'sinin, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğini hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyoruz.

2. Doktorlar bize, hastamızın, \_\_\_\_\_ şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığı olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğu, nedenleri, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak bizi bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında hastamızın rahatsızlığının gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızamız olup olmadığını sordular. Biz, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak hastamızın rahatsızlığının gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyoruz.

3. İlk başvuruda, hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyoruz; idrak, rıza ve talep ediyoruz.

4. Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlarda halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyoruz ve onaylıyoruz.

5. Yapılacak uygulamaların, hastamızın sağlığıyla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmamıza sebep olan halen

mevcut veya şu an farkında olduğumuz veya olmadığımız her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyoruz, idrakindeyiz, kabul ediyoruz.

6. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabilmesini; bu işlemler sırasında hastamızın röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğini, 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 üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyoruz, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyoruz.

7. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabilmesini, 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 var olduğunu biliyoruz, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyoruz.

8. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında hastamıza uygulanabilecek anestezi yöntemlerinin (genel, bölgesel, omurilik anestezi - spinal/epidural-) ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun ya da sinir felçleri, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyoruz. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyoruz.

9. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak hastamızın vücudunun bir yerinden organ ya da doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabilmesini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi gösteremeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatlara gerekli olabileceğini biliyoruz. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay

veriyoruz.

10. Hastamızın tedavi olmaması veya tedaviyi reddetmemiz durumunda karşılaşılabileceği her türlü sonuç bize anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem), sara krizi, geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu veya ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceği bize açık ve anlayabileceğimiz şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); kemik çıkarılması-eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu; ameliyat ya da iğne yerinden beyin suyu gelmesi; baş ağrısı veya uzun süreli/kronik ağrı; ses teli felci sonucu geçici veya kalıcı ses kaybı; yüz, kaş, diş, göz gibi organlar ve işitme, yutkunma, ve görme, idrar veya büyük abdest kontrolü gibi işlevlerle ilgili geçici veya kalıcı fonksiyon kayıpları; kişilikle ilgili değişiklikler; bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

11. Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, hastamıza uygulanacak \_\_\_\_\_ girişimiyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek \_\_\_\_\_ gibi risk ve tehlikeli durumlar bize açık ve anlayabileceğimiz şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimizi beyanla, kabul ve talep ediyoruz.

12. Hastamızın sağlığıyla 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 hakkımız olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyoruz.

12. Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okuduk/okuma bilmediğimiz için anlaşılır şekilde bize okundu/tercüme edilerek bize izah edildi. Gerek başvurumuz sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak bize her türlü soru sorma ve 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 sorularımıza aldığımız cevaplar ile bize, sağlığımız ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademizle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyoruz.

ONAY VERENLERİN İMZALARI

TARİH:

SAAT:

HASTA VEKİLİ/ KANUNİ YETKİLİSİ - HASTAYLA İLİŞKİSİ:

ŞAHİT İMZASI :

VARSA ÇEVİRMEN:

*\*Risk: Bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar*

*\*Komplikasyon: Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar*