|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ATRİYAL SEPTAL DEFEKT ONARIMI İÇİN HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA(ONAM) FORMU** |  |
| **Döküman Kodu:HD.RB.312** | **Yayın Tarihi:01.01.2010** | **Rev Tarihi: 13.07.2020** | **Rev No:1** | **Sayfa No: 1 /3** |

**ÖNERİLEN TEDAVİ:**

Doktorum………………………………………ve ekibi bende…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………… hastalığı olduğunu ve bu sorunun giderilmesi için ameliyat olmam gerektiğini açıkladı.

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu ve tedavim süresince sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olacağımı kabul ediyorum.

Tarafıma hekimim tarafından verilen bilgilendirme belgesini okudum,anladım dilediğim zaman aklıma takılan soruları sorabileceğimi dilediğim sağlık kurumu veya sağlık personelinden hizmet alabileceğimi biliyorum. Tıbbi uygulamaların kişisel ve diğer birçok faktörden etkilenebilen her zaman ve her durumda aynı sonuçları vermeyen kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum.

1. Bilgilendirme belgesiyle ve cerrahımla olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi.Bütün sorularım açık bir biçimde cevaplandı.
2. Bu ameliyata karar verdikten sonra cerrahım bana kişisel özelliklerim sebebiyle oluşabilecek risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verdi.
3. Tıbbi girişime izin vermediğim taktirde kendime ve benim yüzümden zarara uğrayacak kişilerle ilgili bilgilendirildim.
4. Bana söylenenlerin tümünü anladım ve kendim bunları anlatabilirim.
5. Hastalığımın ne olduğunu, kapsamını ve tedavi yöntemlerini biliyorum.
6. Uygulanacak işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
7. Sorunumla ilgili önerilen işlemlerin içeriğini biliyorum.
8. Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
9. Bana önerilen işlemin benim için uygulanabilecek işlemler içinde en iyisi olduğuna inanıyorum.
10. Başarı olasılığını biliyorum.
11. Ameliyat sırasında gündeme gelebilecek cerrahım tarafından yapılması gerekli görülen ek müdahale ve girişimlerin yapılmasını kabul ediyorum.
12. Gerektiği takdirde kan transfüzyonuna onay veriyorum.
13. Prosedür sırasında çıkarılabilecek her tür dokunun hastane yetkililerince yok edilmesini kabul ediyorum.Bazı doku veya örneklerin hastane kaydımın bir parçası olarak tutulabileceğini anlıyorum.
14. Öngörülen cerrahi girişimin bir ekip işi olduğunu,bir ekip tarafından gerçekleştirilebileceğini anladım,ameliyatımın hastanenin Kalp Damar Cerrahisi Kliniği ekibi tarafından yapılmasını kabul ediyorum.
15. Öngörülen cerrahi girişim sırasında tıbbi eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekimi yapılabileceğini ve bu dökümanın sadece tıbbi personel tarafından eğitim amaçlı kullanılabileceğini ancak bu dökümanlarda kimliğimin belli olmayacağını anladım,kabul ediyorum.
16. Eğer ameliyat sırasında iğne yada keskin bir cisim ekipten birine batarsa HIV ve diğer kanla geçen hastalıkların test edilebilmesi için benden araştırma amaçlı tekrar kan alınmasını kabul ediyorum.Eğer buna ihtiyaç duyulursa ameliyattan sonra bu konuyla ilgili en kısa zamanda bilgilendirileceğimi ve gerekli önerilerin verileceğini anlıyorum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ATRİYAL SEPTAL DEFEKT ONARIMI İÇİN HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA(ONAM) FORMU** |  |
| **Döküman Kodu:HD.RB.312** | **Yayın Tarihi:01.01.2010** | **Rev Tarihi: 13.07.2020** | **Rev No:1** | **Sayfa No: 1 /3** |

1. Bu formun bir kopyasını saklamak üzere aldım.
2. İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden doktorumun bilgisi vardır.
3. Bu müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.
4. İstemezsem, bu müdahaleye onam vermek zorunda olmadığımı biliyorum.
5. Bilgilendirildiğim konuda sorumlulukların bana ait olduğu bilincinde olduğumu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın, aklım başında ve özgür irademle veriyorum.

……………………………………………………....tıbbi girişimini kabul ettiğimi ve bu tıbbi işleme onay verdiğimi, onamımı istediğim zaman onam geri çekme tutanağını imzalayarak ve tüm sorumluluğu alarak geri çekeceğimi bildiğimi beyan ederim.

Kan ürünleri, gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Hastalıkla ile ilgili bilgilerimin aşağıdaki kişilere verilmesini kabul ediyorum. 1)……………………………………………………………………………………

2)……………………………………………………………………………………

Hastalıkla ile ilgili bilgilerimin hiç kimseye verilmesini kabul etmiyorum.

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu ve tedavim süresince sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olacağımı kabul ediyorum.

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:**

* Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
* Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
* Tedavi/girişim’den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
* Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
* Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
* Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
* İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.



**İşlemin Tahmini Süresi :** 4 saatdir. .

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği**: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112’ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 322 454 44 30

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ATRİYAL SEPTAL DEFEKT ONARIMI İÇİN HASTANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA(ONAM) FORMU** |  |
| **Döküman Kodu:HD.RB.312** | **Yayın Tarihi:01.01.2010** | **Rev Tarihi: 13.07.2020** | **Rev No:1** | **Sayfa No: 1 /3** |

**Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:**Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Hastanın kendi el yazısı ile **(OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM)** diye yazması gerekmektedir.

**Tanık :**

Adı-soyadı:

Hastaya yakınlığı :

İmzası:

**Hasta yada hukuksal olarak sorumlu kişi:**

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik no:

Protokol no:

İmzası:

mzası

**Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:**

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar ve umulan sonuçlar hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

**Tedavi eden hekim:**

Kaşe-İmza Tarih:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Saat: ...:…..