MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTA RIZA BELGESİ

Ünitenin Adı: Göğüs Hastalıkları **Onam formunun verildiği tarih: …./…./20…**
Hastanın adı soyadı : **Protokol no :**

Ben / Biz hastamız...../...../..... tarihinde Acil servisinden, ameliyathaneden veya hastanenin diğer bölümlerinden ……tanısıyla ya/……yatırıldığım /yatırıldığı GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİSİNDE takip ve tedaviyi üstlenecek olan sorumlusu öğretim üyesi……..ile birlikte ünitede görevli uzman/asistanlar/hemşireler tarafından, bana amaçlanan tedavinin niçin gerektiği, içerdiği riskler, istenmeyen sonuçlar (komplikasyonlar), beklenmedik durumlar ve oluşabilecek sorunlar, tedavim süresince oluşabilecek değişiklikler ve iyileşmem esnasında yaşayabileceğim olaylar açıklandı ve bunları kabul ediyorum.

Doktorum ile tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi seçeneklerini, yararlarını, istenmeyen sonuçlarını, risklerini, beklenmedik durumlarını ve tedavi olmamam durumunda gelişebilecek olayları konuştuk, sorularıma yeterli cevap verildi ve bu konularda tarafıma yeterli bilgilendirme yapıldı.

Yapılacak tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında veya sonrasında doktorumun önceden tespit edilemeyen bir şey bulması veya gelişmesi durumunda, doktorumun bana yararlı olacağına karar vereceği ek veya değişik tetkik/tıbbi müdahale/tedavi/ ameliyat ve anestezi uygulamalarına ve gerekli göreceği konsültasyonlar ile ilgili doktorların yapabileceği müdahalelere izin veriyorum. Bu tedavinin ve uygulanacak tetkik/girişim/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinin sağlığımı daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını, ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini ve beklenmedik durumları, oluşabilecek istenmeyen sonuçları ve riskleri bilerek kabul ediyorum.

Tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında diğer hekimler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, sağlık çalışanları ve sağlık eğitimi alanların tedavimde yer alabileceğini kabul ediyorum.

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinde sağlık alanında, eğitim ve araştırmaların yapıldığını biliyorum. Bu nedenle hastanede sağlık, eğitim ve araştırmasına yönelik olarak tarafıma yapılacak olan tüm müdahalelere ve yasal mevzuata uygun olarak yapılan bilimsel çalışmalara bilgim ve onayım dahilinde katılacağım. Tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri sırasında eğitim ve bilimsel amaçlı olarak, kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydıyla, hastalığım ile ilgili bilgilerin kullanılmasına, fotoğraf ve video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum.

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçlar bana ait olmak üzere; uygulanması planlanan veya uygulanan tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerini reddetme veya durdurma hakkım olduğu, bu işlemleri reddetmem veya durdurmam durumunda tedavisiz kalmam neticesinde doğacak sorunlar tarafımıza anlatıldı.

Ameliyat öncesi kan bankasında yasal mevzuata uygun olarak hazırlanan ve bana verilmesi uygun olan kanların, tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri esnasında kullanılmasını onaylıyorum. Kan kullanılması durumunda oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim.

Hastane tarafından yasal mevzuat içerisinde sağlanan alet-cihaz, iyileştirici malzeme ve ilaçların tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemlerinde kullanılmasını kabul ediyorum.

(Sadece kadın hastalar için) Eğer hamile isem doğmamış çocuğumun öncelikle radyolojik işlemler olmak üzere tetkik /tıbbi müdahale/tedavi/ameliyat ve anestezi işlemleri süresince bir risk taşıdığı hakkında bilgilendirildim.

Hastane/servis kurallarına ve görevlilerin uyarılarına uyacağım. Hasta haklarını tanımlayan 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği tarafıma bildirildi. Aynı şekilde hasta hakları ve sorumlulukları hakkında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan metinlerin, hastane bölümlerinde panolarda bulunduğu da tarafıma bildirildi.

4207 sayılı kanun gereği hasta ve hasta yakınlarının hastane içerisinde, hasta odasında (oda pencere ve tuvaletinde) sigara içmeyeceğim. Sigara içmem durumunda uygulanacak prosedürleri kabul ediyorum.

(Sigara kullanan hastalar için) Doktorlar/ Hemşireler tarafından sigarayı bırakmam söylendi. İçmeye devam edersem tedavimin başarısız olacağı ve hastalığımın ilerleyeceği anlatıldı. Sigara içmem durumunda tedavimin sonlandırılacağını kabul ediyorum.

Güvenliğim ve sağlığım açısından pencere ve korkuluklardan sarkmayacağım. Görevlilerin bilgisi dışında hareket etmeyeceğim, yer değiştirmeyeceğim, yatağımdan, odamdan, servisten ve hastaneden ayrılmayacağım, ilaç kullanmayacağım, gıda maddeleri almayacağım. Hastanede görevli olmayan şahıslara itibar etmeyeceğim.
Kamu malı olan, hastaneye ait eşyaları (televizyon kumandası gibi) eve götürmeyeceğimi, hastaneye ait yapılara, sistemlere, cihazlara, demirbaşlarına, ilaç ve sarf malzemelerine zarar vermeyeceğim, kasti zararlar durumunda yasal sonuçlarını kabul ediyorum.
Aşağıda bulunan imzam, ön ve arka yüzünde bulunan tüm bilgileri okuduğumu, anladığımı ve tarafıma anlayacağım şekilde anlatıldığını, sorduğum ve öğrenmek istediğim tüm sorulara anlayacağım şekilde cevap verildiğini teyit etmektedir.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___