MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

MUAYENE, TEDAVİ VE /VEYA YATIŞ NEDENİYLE BULAŞMA RİSKİ BULUNAN COVID-19 ENFEKSİYONU BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

BARKOD
Hasta Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
T.C. Kimlik Numarası:

Sayın Hastamız, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Bilgilendirme ve rıza belgesi kişiye hastalığı ve bu hastalıkla ilgili yapılması planlanan tedavi sürecinin anlatıldığı ve kişinin yapılması planlanantedaviye onam verip vermediğinin belirtildiği bir formdur.

Bu formun amacı Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili sizleri bilgilendirme ve bulaşma riskine karşı onayınızı almaktır.

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa ilgili sağlık personelinden ayrıntılı bilgi alabilir, merak ettiğiniz tüm soruları sorabilirsiniz.

BİLGİLENDİRME;

Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019'da nedeni bilinmeyen zatürre vakaları bildirilmiştir. Vakalarda ateş, nefes darlığı ve zatürre ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Çin Halk Cumhuriyetine ait COVID-19 raporuna göre ölüm vakaları genellikle ileri yaştaki ya da eşlik eden sistemik hastalığı (yüksek tansiyon, şeker, kalp-damar hastalığı kanser, kemoterapi hastaları, kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere diğer bağışıklık durumu zayıf) olan bireyler olmuştur. İlk vaka 13 Ocak 2020'de Tayland'dan bildirilen, 61 yaşındaki Çinli bir kadındır. İlerleyen günlerde vaka bildiren ülkelerin sayısı giderek arttığı gibi Şubat ayı sonlarında yerli bulaşın yaşandığı ülkeler ortaya çıkmaya başlamıştır. Hasta sayısı hızla artmış, sağlık çalışanlarında da hastalık görülmüştür. **Hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle hızla yayılmıştır. Yayılmaya devam etmektedir.**

Çin'in Wuhan kentinde çıkan coronavirüs ailesine mensup Covid-19 virüsünün Dünya çapında pandemiye yol açmış olması sonrası, hastanemizde Corona-19 virüsü hasta tedavisi kabul edilmekte ve tedavisi devam eden hastalarımız bulunmaktadır. Bilinen Covid- 19 (+) ya da şüpheli olan vakalar hastanemiz tarafından hazırlanan özel kliniklerde yatmaktadır.

Hastanemizdeki tüm çalışanlar COVİD-19 enfeksiyonu açısından takip edilmektedir. Sağlık bakanlığı bilim kurulunun önerileri doğrultusunda gerekli önlemler alınmaktadır. Enfekte olan veya şüpheli temas öyküsü olan tüm çalışanlara Sağlık Bakanlığı COVİD-19 kılavuzuna uygun olarak davranılmaktadır. Hastalık belirtileri olan ve COVİD-19 testi pozitif çalışanlar izole edilerek aktif görevden uzaklaştırılmaktadır. Tüm önlemlere rağmen bu enfeksiyonun diğer hastalardan, sağlık çalışanlarından veya hastane ortamından bulaşmayacağı garantisi söz konusu edilemez. Bu durumun bilinmesi ve bu durumun bilinerek hastanemizde muayene, tedavi ve/veya yatışı kabul ettiğinizi onamanız gerekmektedir.

Tarafıma önerilen muayene, gözlem ve /veya yatarak tedavinin yapılacağı hastanede Covid- 19 virüsü ile bulaş riskini azaltmak için ulusal/uluslararası gerekli tüm önlemlerin alındığını biliyor ve hastalık bulaş riskimin olabileceğini kabul ederek tedavimin hastanenizde yapılmasına ONAY veriyorum.

- 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 :

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 :____/____/_____ ___/___