

Ben / Biz hastamız,/ /.../ 20.. tarihinde Acil servisten/Polikliniğinden/Servisinden tanısıyla yatırıldığım/ yatırıldığı..... kliniğinde takip ve tedaviyi üstlenecek olan Prof / Doç/ Dr. Öğretim Görevlisi..... ile birlikte ünite görevli uzman ve asistanların, hastalığım ile ilgili olarak beni / hastamızı muayene etmelerine, gerekli görülen tetkikleri istemelerine, girişimleri, tedavileri yapabilmelerine, diğer bölümlerden konsültasyon istemelerine, ünite görevli hemşire ve yardımcı personelin hastamızın tedavi ve bakımlarını yapmalarına özgürce izin veriyorum/ veriyoruz.

Klinikte, hastanın yatışını gerektiren soruna bağlı olmaksızın, yaşamsal fonksiyonları sürekli izlenir ve ihtiyaç duyulan tedavi ve girişimler uygulanır. Bu girişimler; klinikte kalınan sürede bilinmesi gereken konuları size / sizlere açıklamak istiyoruz.

Planlanan Tedaviler*:

- o Kemoterapi**
- o Kan transfüzyonu*** (Eritrosit-kırmızı kan/Trombosit-sarı kan/taze donmuş plazma).....
- o İntratekal tedavi (Omurilik sıvısı içine kemoterapi)**
- o Destek Tedavi (Sıvı, antibiyotik, oksijen vb)***
- o Radyoterapi.....

Olası girişimler:

- o Günlük rutin kan testleri için damardan kan alımı***
- o Gerektiğinde el bilek veya kasıktan, arter kan alımı (kan gazı vb için)***
- o Gerektiğinde, kemoterapi ilaçlarının, kan ve serumların, antibiyotik ve diğer ilaçların verilebilmesi ya da vücut sıvı dengesinin izlenebilmesi için boyun veya kasıktaki damarlardan birine kateter taktırılması (santral venöz kateter)**
- o Gerektiğinde Monitörizasyon (Kalbin durumunu ve ritmini izlemek için vücuda EKG elektrotları yapıştırılabilir. Kola tansiyon aleti bağlanıp parmağa kanın oksijenlenmesini gösteren bir cihaz takılabilir) ***
- o Gerektiğinde Örnek Alınması (Tanı için kan, idrar, vücut sıvıları, doku, kas, yara vs.) ***
- o Gerektiğinde Drenaj Tüpü, Beslenme Tüpü, İdrar Sondası Takılması (Akciğerlerde beklenmedik bir durum geliştiğinde drenaj tüpü, ağızdan yeterli beslenemeyen hastalarda, gerek görülürse beslenme tüpü takılabilir) ***
- o Röntgen filimleri, tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, EEG (Elektroensefalografi), EMG (Elektromiyografi) anjiyografi, endoskopik girişimler (bronkoskopi, gastroskopi) vs. gibi tetkiklerin yapılması gerekebilir.

* Hasta tedavinin tümünü veya bir bölümünü, tedavinin herhangi bir aşamasında, sorumluluk kendi üzerinde olarak, sonlandırmayı seçebilir.

** Ayrı bilgilendirilmiş onam formları imzalanır.

*** Kabul edilmeyen işlemler için imza alınır.

1. İşlemden beklenen faydalar: Hastanın genel durumunda iyileşme olması beklenmektedir.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Hastada geçici veya kalıcı hasarlar oluşabilir. Ölüm gerçekleşebilir. Bu sorunların sıklığını önceden belirlemek güçtür. Sorunlar genellikle yatış nedeni, önceden mevcut hastalıklar, kalış süresi, uygulanan girişim ve tedavilerle ilişkilidir. Tedavi sırasında beklenen veya beklenmeyen sorunlar, geçici ve kalıcı problemlerin oluşmasının engellenmesi ve oluşan problemlerin giderilebilmesi için gerekli önlemler alınmış olup, hasta / hastanız sürekli olarak deneyimli ve yeterli sayıda ekip tarafından izlenecektir. Klinikte kalınan sürede hastanın hastaneye müracaatındaki yakınmasına bağlı olarak adına yatış işleminin yapıldığı ilgili

bölümün hekimleri, günlük vizitlerle tedavinin içinde yer alacaklardır. Ayrıca gereksinim duyulduğunda diğer bölümlerden yazılı olarak konsültasyon istenerek tanı ve tedavinize katılmaları sağlanacaktır. Hastanemizde yapılamayan bazı tetkikler için, örnekler dışarıdaki laboratuvarlara gönderilecek, hastanede bulunmayan ilaç ve malzemeler dışarıdan temin edilmek üzere reçete edilecektir. Hastaya yapılan tüm işlemler, hasta adına açılan hasta izleme formlarına kaydedilecektir

3. Varsa işlemin alternatifleri

Girişimsel işlemleri ve tedaviyi reddetme hakkınız vardır. Bu girişimlerin alternatifi yoktur.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları:

- o Hastalıkla ilgili (Ölümcül olabilen, enfeksiyon, kanama, metabolizmada bozulma, hastalığın ilerlemesi kötüleşmesi, ameliyat geçirme, şok, yoğun bakım ihtiyacı)
- o Tedavi ile ilgili (Ölümcül olabilen, enfeksiyon, kanama, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kalp yetmezliği, kalp ritm bozukluğu, solunum yetmezliği, metabolizmada bozulma, ameliyat gereksinimi, şok, yoğun bakım ihtiyacı)
- o Girişimlerle ilgili (Ölümcül olabilen, enfeksiyon, kanama, kalp ritm bozukluğu, solunum yetmezliği, işlemin gerçekleştirilememesi ve/veya tekrarlanma ihtiyacı, ameliyat gereksinimi, şok, yoğun bakım ihtiyacı)

- a) Önceden mevcut kalp ve dolaşım ile ilgili hastalıklar (hipertansiyon, kalp ritm bozuklukları, koroner damarlar ve kalp kapakları ile ilgili hastalıklar, geçirilmiş kalp krizi vb.), kullanılan ilaçlar (antihipertansifler, dolaşım düzenleyiciler, kalp ritmini düzenleyen ilaçlar (beta-blokerler), idrar söktürücüler (diüretikler), kan sulandıran ilaçlar aspirin vb.) tedaviniz sırasında riski artırıp tansiyon değişikliklerine, kalp ritminin bozulmasına, kalp krizi geçirmenize neden olabilirler.
- b) Toplardamara, girmek için kullanılan özel iğne ile (çok enderde olsa hastanın farklı anatomik yapısal özelliklerine bağlı olarak) yanlışlıkla atardamara girilebilir. Hastalığınızın şiddetine göre, tansiyonunuzu sürekli olarak takip edebilmek için gerekirse atardamar içine özel bir iğne yerleştirilmesi gerekebilir. Bu uygulama sırasında iğnenin giriş yerinde kan pıhtısı toplanması, dolaşım bozukluğu oluşabilir.
- c) Büyük damarlara kateter uygulamaları (kol, boyun, kasık vb), kliniklerde tedavi edilen hastalara rutin olarak yapılmaktadır. Bu işlemlerin yapıldığı yere göre; kanama, akciğerlerde hava / kan toplanması, pıhtı atması, sinir yaralanması vb. gibi istenmeyen sorunlar oluşabilir.
- d) Tedavide kullanılan ilaçlara (ağrı, uyku ilaçları, antibiyotikler, kalbi ve dolaşımı güçlendiren ilaçlar, kan ürünleri vb) bağlı olarak;Alerjik reaksiyonlar ortaya çıkarabilir.Kan basıncının düşmesi veya artması,kalp atım hızının düşmesi veya artması,kalp ve solunumun durması ve bunlara bağlı olarak beyinde hasarlanmalar (şuur değişiklikleri, felçler vb.) oluşabilir.
- e) Hastane enfeksiyonları: zatüre (pnömoni), beyin zarı iltihabı (menenjit), idrar yolu enfeksiyonları, kana mikrop karışmasına bağlı yaygın vücut enfeksiyonu (sepsis) oluşabilir.
- f) Covid-19 Pandemisi sürecinde toplumdan ya da hastaneden geçen Covid-19 hastalığı aerosol veya damlacık yoluyla bulaşabilir.
- g) Hastanede uzun süreli yatmaya bağlı anksiyete (gerginlik) ve ruhsal travma oluşabilir.

5. İşlemin tahmini süresi: Önerilen rejime ve tedaviye göre değişmektedir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

- o Bulantı,kusma,
- o Alopesi (Saçkıran)
- o Oral mukozit (Ağız yarası),
- o Yorgunluk,
- o Anemi (kansızlık),
- o Trombositopeni (Trombosit sayısının azlığı)
- o Diyare(ishal), kabızlık

Dikkat edilecek hususlar

Hijyen şartlarına dikkat etme,

- o Enfeksiyondan korunma
- o Ziyaretçi kısıtlaması
- o Beslenme

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Hasta başka servise nakil olabilir, eve taburcu olabilir veya başka bir merkeze sevk olabilir. Hastalık tedavi edilemeyebilir, yeniden oluşabilir. Bu da tekrar tedavi gerektirebilir. Yoğun enfeksiyon tablosu, akciğerde sönmeler, ateşlenmeler, pıhtı oluşumu akciğere gitmesi kalp krizi veya felç oluşarak ölümlle sonuçlanabilir. Yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma problemleri ortaya çıkabilir.

- 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.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat : ____/____/____

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

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :
Tarih-Saat : ____/____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Hasta Tedavi Rızası	İşlemi Yapacak Hekim	Tedavi Sayısı
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	2
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	3
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	4
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	5
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	6
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	7
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	8
Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat : ___/___/_____/___ İmza : Yakınlık Derecesi:	İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat : ___/___/_____/___	9