

BARKOD

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 planlanan tedaviye 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 personelinin 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 koronavirüs 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 COVID-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 COVID-19 kılavuzuna uygun olarak davranılmaktadır. Hastalık belirtileri olan ve COVID-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 hastanenin Pandemi Hastanesi olduğunu, hastanede Covid-19 virüsü ile bulaş riskini azaltmak için ulusal/uluslararası gerekli tüm önlemlerin alındığını biliyor ve hastalık bulaş riskimin olabileceğini kabul ederek tedavimin hastanemizde yapılmasına ONAY veriyorum.

Aşağıda boş bırakılan alana **“Okudum, anladım ve kabul ediyorum. Bir kopyasını teslim aldım”** yazınız ve imzalayınız. **(Bu bölüm hastanın/veli/vasinin kendi el yazısı ile yazılacaktır.)**

Hasta/Vasisi/Yasal Temsilcisi; Adı Soyadı Ve İmzası

Tarih: __/__/__ Saat: __. __

Doktor; Adı Soyadı Ve İmzası

Tarih: __/__/__ Saat: __. __

Hastanın yasal temsilcisinden rıza alınma nedeni; ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetkisi yok ☐ Acil Diğer: _____

ÇEVİRMEN (Gerekliyse) Form içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

Adı Soyadı Ve İmzası:

Telefon: