



KULAK BURUN BOĞAZ (KBB) SERVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman Kodu	FRB.HD.FR.06
Yayın Tarihi	20.09.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	1/2

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız;

Sağlık durumunuz ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurma hakkına sahipsiniz.

Bu belgede geçen hususları tam olarak anlamanız önemlidir. Belgenin yazılma amacı sizi korkutmak veya yapılacak olan uygulamalardan uzaklaştırmak değildir. Bu belge yapılacak uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi kayıt altına almak için düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

“Doktorlar bana hastalığımın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler.

Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemin kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktorlar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum.

Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik fizik tedavi, enjeksiyon ve ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini, uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları (Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar) biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin (bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar) var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek fizik tedavi, enjeksiyon, bantlama, anestezi vb. yöntemlerin ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabileceğini, vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini, bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi gösteremeyebileceğini, tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

Tedavi olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, mikrop kapma,



KULAK BURUN BOĞAZ (KBB) SERVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Doküman Kodu	FRB.HD.FR.06
Yayın Tarihi	20.09.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	2/2

toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, uygulama bölgesinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi (ödem), sara krizi (nöbet), geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabilirim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona bağlı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

Sağlığımla ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum veya okuma/dil bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvuru sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dahil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Ben, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere **Özel Konya Farabi Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz (KBB) kliniğini**, hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum."

Aşağıdaki Kutucuğa El Yazınız İle "Okuduğumu Anladım, Kabul Ediyorum" Yazınız.

Hasta Adı Soyadı (El Yazısı İle) :

Hastanın İmzası :

Tarih ve Saat :

- Son paragrafta adı geçen kişi imzalamalıdır.

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı Soyadı :

Doktorun İmzası :

Tarih ve Saat :