AKUT İNME HASTA SEVKİ AMACIYLA GEREKLİ DURUMLARDA

KULLANILAN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ

Tarih: ...../...../20.....

Hasta Adı ve Soyadı: .....

Protokol Numarası: .....

Hasta Yakını ve Yakınlık derecesi: .....

Hasta .....'ın

(olarak) beyin atardamar tıkanması nedeniyle felç geçirmekte olduğunu (olduğumu) öğrendim. Ayrıca tıkanma sonucu hayati tehlike olması yanı sıra ağır bir sakatlık ile yaşama riski (riskim) bulunduğunu da öğrendim.

..... uzmanı ..... hastalık

hakkında yeterli bir şekilde bana risk ve tedavi seçeneklerini anlattı. Açıklamaları ayrıntılı olarak dinledim, damar tıkanıklığının damar içinden tPA adlı ilacının verilmesi, ve uygun ise anjiografi ile pıhtının doğrudan çıkartılması ile açılma, ve bu suretle mevcut hastalığın düzelme şansının olduğunu öğrendim. Ayrıca bu tedavilerin hem beyinde hem de vücudun diğer kısımlarında hayati tehlike yaratabilecek şiddette kanamaya yol açabileceğini de

öğrendim. Bu damar açıcı tedavilerin uygulanabilmesi için .....

hastanesine sevk gerçekleştirileceği bana belirtildi. Hastaneye gidiş esnasında ambulansta tedavinin devam edeceği, ölüme dahi yol açabilecek beyin kanaması ve allerjik reaksiyonların oluşabilme riski olduğu anlatıldı.

Adı geçen hastaneye gidişim ve tedavilere dair sorularım tatmin edici şekilde cevaplandırıldı.

Nakil olduğum hastanede yapılacak ilave değerlendirmeler ışığında bahsi geçen tedavilere uygun bulunamama ihtimali olduğunu da anladım. Damarın tedavi ile mutlaka açılma garantisi olmadığını da kavradım. İşlem için başka tıbbi merkez ve kişilerden görüş alabileceğim belirtildi. Tedavi etkinliğinin geçen zaman ile azaldığını da anladım.

Tedaviyi kabul etmediğim veya istediğim anda tamamlanmadan durdurulmasını talep ettiğimde buna uyulacağı ama bu durumda oluşabilecek bütün sonuçlardan sorumlu olacağımı biliyorum. Tedaviyi reddedersem hasta hekim ilişkisinde ve hastanedeki diğer işlem ve uygulamalarda olumlu veya olumsuz bir etki yaratmayacağını kavradım.

Tüm bu açıklamalardan sonra bana karar vermem için tedaviyi geciktirmeyecek şekilde yeterince süre tanındı, sonuçta fayda ve zarar oranlarını hesaba katarak serbest iradem ile tPA tedavisinin uygulanmasını / Trombektomi (anjiyografi ile pıhtı çıkarma) için değerlendirilmek üzere ambulansla sevki kendi rızam ile kabul ettim. İmzalı bilgilendirilmiş onam formunun bir nüshasının istediğim zaman bana verileceğini de öğrendim.

Hasta veya yakını: Görüşme tanığı:

Adres: ..... Adres: .....

Telefon: ..... Telefon: .....

Tarih: ...../...../20..... Tarih: ...../...../20.....

İmza: ..... İmza: .....

Türk Nöroloji Derneği Beyin Damar Hastalıkları Bilimsel Çalışma Grubu tarafından hazırlanmıştır.

Kaynak: Bu form, Türk Nöroloji Derneği tarafından yayımlanan "AKUT INME SEVK ONAM FORMU 2019" belgesinden alınmıştır.
Özgün belge: https://noroloji.org.tr/TNDData/Uploads/files/2-AKUT INME SEVK ONAM FORMU 2019(1).pdf

Derneğin onam formları sayfası: https://www.noroloji.org.tr/menu/32/onam-formlari