HASTANIN

ADI ve SOYADI : DOĞUM TARİHİ :

PROTOKOL NO: YATIŞ TARİHİ :

Sayın hasta, Sayın Veli/ Vasi/ Yasal Temsilci;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek ve ya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede siziz bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Ameliyat Opr.Dr.....tarafından yapılacaktır.

İŞLEMİN BEKLENEN FAYDALARI:Kalça ekleminin ağrısız ve rahat hareket etmesini sağlamak.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:Eklem

hareketlerinin giderek kısıtlı ve ağrılı hale gelmesidir.

İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:Medikal tedaviden fayda görmemiş ise cerrahi dışında tedavi seçeneği

yoktur.

İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI:

1. Kansızlık, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, damar ve sinir yaralanmaları, ameliyat yerinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi(ödem), sara krizi, geçici veya kalıcı organ / sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşabilinir.

2. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi, kalıcı yara izi(nedbe), kemik çıkarılması, eklenmesi sonucu vücutta şekil bozukluğu olabilir.

3. Uygulamanın tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabilir, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AİDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riski olabilir

4. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek anestezi yöntemleri ve ağrı kesmeye yönelik işlemler başlı başına ilave risk oluşturur. Bu riskler, solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerebilir.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ ve 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 göstermeyebileceğini, tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatları gerektirebilir.

√ Gerektiğinde ..... `den ..... numaralı telefondan **7-24** saat bilgi alabilirsiniz.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 1,5-2 saattir.

AYRICA;

Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik 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 edemeyeceğini, bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şuan farkında olduğum yada olmadığım hertürlü 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 biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/ yakınım bana okudu. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı. Bu bilgiler ışığında bana/yakınıma bu tedavinin/işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı,işlemi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız.

BİLGİLENDİREN/İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİM

Adı Soyadı

İmza -

TARİH : / /

HASTA VEYA YASAL TEMSILCISI

Adı-Soyadı

İmza