Sayın Danışan / Vekili / Kanuni Temsilcisi :

Sağlık durumunuzla / danışanınızın sağlık durumuyla ilgili olarak, size / danışanınıza uygulanan ve önerilen tıbbi teşhise yönelik her türlü tıbbi işlemi, tıbbi işlemlerin faydalarını ve muhtemel sakıncalarını, muhtemel risklerini-komplikasyonlarını, alternatif tıbbi müdahale usullerini, işlemin tahmini süresini, tedavi ve rehabilitasyonun kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlarını, öngörülemeyen acil durumlarda önerilen tedavinin dışına çıkma durumlarını, tedavi, rehabilitasyonun ve müdahalenin nerede, ne zaman ve kim tarafından yapılacağını, öncesinde, sırasında ve sonrasında danışandan beklentilerin neler olduğu hakkında bilgi sahibi olma hakkına sahipsiniz. Ayrıca, yapılan bilgilendirme ışığında uygulanacak teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun yöntemini kabul etmek, reddetmek, bir kısmını reddetmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurma hakkına da sahipsiniz.

Sizden imzalamanızı istediğimiz bu belge, uygulamalara ulaşmak için kimlik ve iletişim bilgilerinin iletilmesine rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemek, sizi bilgilendirmek ve tedavi kapsamında olan her türlü biyolojik ve psikososyal müdahalenin yapılması konusunda onayınızı almak için hazırlanmıştır.

1. Hastalığın Seyri:

Psikiyatrik bozukluklar çoğu zaman kronik seyreden; uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır. İyi bir takip ve tedavi süreci hastalığın nüks etmesini engeller ve danışanın günlük hayatını idame ettirmesine yardımcı olur.

2. TRSM’ de Teşhis ve Uygulanacak Tedavi Yöntemleri:

Uzman Psikiyatri Hekimi tarafından teşhisi koyulan ağır psikiyatrik bozukluğu olan danışanlar TRSM hizmet kapsamına alınabilir.

TRSM’ de uygulan başlıca hizmet, tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri; bireysel ve grup terapileri, danışan ve danışan yakınlarına yönelik psikoeğitimler, rehabilitasyon ve aktivite çalışmaları, ev ve iş yeri ziyaretleri, işlevsel geziler, ilaç uygulamaları ve paydaş kurum ve kuruluşlarla işbirliği çalışmalarıdır.

3. TRSM Hizmetlerinden Beklenen Faydalar:

TRSM hizmetleri sonucunda; bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedavilerin uygulanması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulması amaçlanmaktadır.

4. TRSM Hizmetlerinin Muhtemel Riskleri-Komplikasyonları:

TRSM hizmetleri arasında bulunan ilaç uygulamalarına bağlı olası yan etkiler, risk ve komplikasyonlar ve kan alma işleminin kendine özgü risk ve komplikasyonları olabilir. Ayrıca merkez içinde (rehabilitasyon, eğitim ve aktivite saatleri) veya dışında (servis/ulaşım, ev/işyeri ziyareti, işlevsel gezi, bahçe saatleri) danışanın kendisine, başkasına veya çevreye isteyerek veya istemeyerek (kaza, düşme v.b.) zarar verme şeklinde risk ve komplikasyonları olabilir.

5.TRSM Hizmetlerinin Tahmini Süresi:

Danışanların TRSM hizmetlerinden faydalanma süresi; hastalığın tanısına, şiddetine, danışanın tedavi uyumuna ve/veya belirlenen hedeflere ulaşılma düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

6. TRSM Hizmetlerinin Kabul Edilmemesi Halinde Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Sonuçlar:

TRSM hizmetlerinden faydalanmak, danışana, psikososyal destek sağlar ve tedavisinin yürütülmesine yardımcı olur. TRSM hizmetlerinden faydalanmamak danışanların tedavi sürecini zorlaştırabilir; ailelerin ve sağlık çalışanlarının psikososyal tedavi yüklerini arttırabilir.

7. TRSM Hizmetlerinin Alternatifleri:

TRSM hizmetlerinin tam anlamıyla bir alternatifi bulunmamakla birlikte, TRSM’ nin sunmuş olduğu hizmetler danışanlar ve/veya yakınları tarafından ilgili kurum ve kuruluşlardan bireysel olarak talep edilebilir.

8. Öngörülemeyen Acil Durumlarda Önerilen Tedavinin Dışına Çıkma:

Tedavi ve takip sürecinde karşılaştığınız herhangi bir acil durumda, hafta içi mesai saatleri içinde TRSM' ye ve/veya psikiyatri polikliniklerine, mesai saatleri dışında ise acil servislere başvurabilirsiniz.

9. Tedavi ve Müdahale Nerede, Ne Zaman ve Kim Tarafından Yapılacak:

Demo Sağlık Tesisi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, bahsedilen bu hizmetler; hafta içi mesai saatleri içerisinde, psikiyatri hekimi, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından sunulmaktadır.

10. TRSM Hizmetleri Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Danışandan Beklentiler:

-TRSM ve ihtiyaç durumunda ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla paylaşılmak üzere kimlik, ikametgâh ve iletiştim bilgilerini belirtmek.

- TRSM personeli ile işbirliği kurmaya ve bilgi alışverişine açık olmak

- Belirlenen tedavi, görüşme, rehabilitasyon ve eğitim programının saatlerine ve kurallarına uyum sağlamak ve aksatmamak.

- Önerilen ilaç ve enjeksiyon tedavisine uyum sağlamak ve aksatmamak.

- Diğer danışan ve yakınlarının mahremiyetine saygı göstermek.

- Diğer danışan ve danışan yakınlarının düşünce ve görüşlerine saygı göstermek, uygun iletişim kurmak.

Danışan veya Yasal temsilcisinin onam açıklaması:

Bilgilendirme ve rıza formunu okudum / okundu. Merkez çalışanı tarafından merkez hizmetlerinin faydaları ve oluşabilecek zararlar hakkında bilgilendirildim. Tanı ve tedavi amacıyla yapılabilecek, ilaç uygulamaları, kan alınması ve diğer tüm TRSM hizmet ve müdahalelerinin risk ve komplikasyonları ve öngörülemeyen sonuçları bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak anlatıldı. Anlatılanları ve yazılanları anladım. TRSM ' ye kayıt olma konusunda, soru sorulabilmesi ve karar verilebilmesi için yeterli süre tanındı ve gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

Kendime / danışanıma tanımlanan girişimlerin, teşhis, tedavi ve Rehabilitasyon yöntemlerinin uygulanması için Demo Sağlık Tesisi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kimlik ve iletişim bilgilerinin iletilmesini, uzun süreli takip ve tedavilerin yapılmasını, depo enjeksiyon takiplerinin yapılmasını ve uygulanmasını, gerektiğinde ev ve işyeri ziyaretlerinin yapılmasını yada telefonla aranmasına, tedavi ve rehabilitasyon kapsamında olan her türlü biyolojik ve psikososyal müdahalenin yapılmasını ve merkezin gerekli durumlarda gerekli gördüğü kişi ve kurumlarla (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu' na uygun şekilde) kimlik, iletişim ve kayıtlı tüm bilgilerimi paylaşmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle;

Danışan veya Kanuni Temsilcisi (El yazısı ile "OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM VE BU BELGENİN BİR NÜSHASINI İMZA KARŞILIĞI ELDEN TESLİM ALDIM." ifadesi):

…… ……..
……

ONAMI İMZALAYAN
Danışanın, Adı-Soyadı : Tarih/Saat: İmza:
Vasisi/ YasalTemsilcisi: Adı-Soyadı : Tarih/Saat: İmza: **Not:** Danışanın yasal vasisi varsa belgelendirmesi istenecek ve bu belge ek olarak bu dokümana ilave edilecektir.

Şahit Adı- Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	
Tercüman Adı- Soyadı: Tarih/Saat: İmza: Adresi: T.C. Nosu:	
Doktor; Adı- Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	**Görevli;** Adı- Soyadı: Tarih/Saat: İmza:

EK: Varsa danışanın yakınının vesayet belgesi

Bu belge 2 (iki) nüsha olarak hazırlanır. Bir nüshası hasta dosyasına konur. Diğer nüsha Danışan/Danışan yakınına verilir.