BARKOD

Başvuru Birimi : ☐ Acil ☐ Poliklinik ☐ Yatan Hasta

Tarafıma uygulanması planlanan HIV (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) testi hakkında hekimim tarafından aşağıdaki konularda açık, anlaşılır ve yeterli şekilde bilgilendirildim:

HIV, bağışıklık sistemini etkileyen bir virüstür ve ilerlediğinde AIDS tablosuna yol açabilir. Günümüzde HIV enfeksiyonu, düzenli ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilen, yönetilebilir kronik bir hastalık haline gelmiştir. Erken tanı ve uygun tedavi ile HIV ile yaşayan bireylerin yaşam süreleri sağlıklı bireylerle neredeyse eşit olabilmektedir.

HIV aşağıdaki yollarla bulaşabilir:

- Korunmasız (kondom/prezervatif kullanılmadan) yapılan cinsel temas,
- Kan yoluyla (test edilmemiş kan ve kan ürünleri, ortak kullanılan enjektör/iğne ucu, enfekte kanla temas etmiş kesici-delici aletler),
- HIV taşıyıcısı anneden bebeğe; gebelik, doğum veya emzirme sırasında.

HIV enfeksiyonu bağışıklık sistemini zayıflattığı için bazı enfeksiyonların ve hastalıkların gelişme riski artabilir. Bazı durumlarda HIV enfeksiyonunun varlığı, uygulanacak tedavi ve izlem planını değiştirebilir.

Bir kişide HIV olup olmadığını öğrenmenin tek yolu HIV testi yaptırmaktır. HIV testleri güvenilirdir ve kan örneği alınarak yapılır. Test sonucu negatif, pozitif veya şüpheli olabilir. Erken dönemde yapılan testlerde sonucun kesin olmayabileceği, gerekli görüldüğünde testin tekrar edilebileceği tarafıma anlatılmıştır. Test sonucuna göre gerekli görülmesi halinde danışmanlık, ileri tetkik ve tedavi süreçleri hakkında bilgilendirileceğim tarafıma bildirilmiştir.

Gebelik durumunda, HIV enfeksiyonunun anneden bebeğe geçebileceği; ancak erken tanı ve uygun tedavi ile bebeğe bulaş riskinin büyük oranda azaltılabildiği açıklanmıştır.

Acil sağlık durumlarında, HIV testinin; tanı, tedavi ve sağlık hizmetinin güvenli şekilde yürütülmesi ile sağlık çalışanlarının ve diğer hastaların korunması amacıyla gerekli olabileceği tarafıma anlatılmıştır.

HIV testi ve test sonuçları kişisel sağlık verisi niteliğindedir. Test sonuçlarım 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında gizli tutulacak olup, bilgim ve onayım olmaksızın üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Test sonucunun pozitif çıkması halinde, isim-soyisim ve T.C. kimlik numaram yer almadan, yalnızca özel olarak oluşturulmuş bir kod ile T.C. Sağlık Bakanlığı'na bildirim yapılacağı tarafıma açıklanmıştır.

HIV testinin zorunlu olmadığı, testi yaptırmayı kabul etmeme veya reddetme hakkımın bulunduğu, testi reddetmem halinde doğabilecek sağlık riskleri konusunda bilgilendirildiğim tarafımdan kabul edilmiştir. Testi reddetmem durumunda, bu kararın tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği tarafıma anlatılmıştır.

AYDINLATILMIŞ ONAM / RED BEYANI

İlk sayfada yer alan tüm bilgileri okudum, anladım ve sorularım yanıtlandı.

Herhangi bir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle aşağıdaki beyanı veriyorum:

☐ **HIV testinin yapılmasına ONAY VERİYORUM. (alt alana hastanın / yasal temsilcisinin el yazısı ile)**

.....

☐ **HIV testinin yapılmasını REDDEDİYORUM. (alt alana hastanın / yasal temsilcisinin el yazısı ile)**

.....

(Reddin olası sağlık sonuçları tarafıma anlatılmış olup, tüm sorumluluğu bilerek ve kabul ederek bu kararı verdiğimi beyan ederim.)

HASTANIN / YASAL TEMSİLCİNİN

Adı Soyadı : .....

İmzası : .....

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

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN HEKİM

Adı Soyadı : .....

İmzası : .....

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