HASTANIN DOKTORU TARAFINDAN AŞAĞIDAKİ BAŞLIKLARDA SÖZLÜ OLARAK BİLGİLENDİRİLMESİ

Sayın hastamız :

Sağlık durumunuz ve size önerilen ameliyat veya tedaviye yönelik işlemlerin yarar/zarar ,risk ve alternatifleri

hakkında bilgi sahibi olmak ameliyatı/tedaviyi kabul veya kısmen tamamen reddetmek ;yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.

Okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge sizi ürkütmek veya tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil ,sizi

bilgilendirmek bu uygulamaya rıza gösterip göstermediğinizi belirtmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır.Bir nüshası hastaya /hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.

A.HASTANIN GENEL DURUMU :

B.TEDAVİ SÜRECİ

Durumun tespit ve değerlendirmesi yapılacağından tedavi sürecini içermemektedir.

C.BAKIM UYGULAMALARININ SEYRİ

Uygulama sonrasında bakım için gerekli açıklamalar doktorunuz tarafından yapılacaktır.

D.YAPILMASI PLANLANAN HER TÜRLÜ TIBBİ MÜDAHALE :HGS (HİSTORESAL PİNGOGRAFİ) ÇEKİMİ

YAPILMASI PLANLANAN MÜDAHALEYE AİT :

E. TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN NEREDE, NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ:

İşlem radyoloji uzmanı tarafından ,gerektiğinde radyoloji teknisyeni desteğinde radyoloji ünitesinde

kontrollü olarak gerçekleşecektir.

F. DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ

Alternatif tanı yöntemi mevcut tıbbi yaklaşımlar içinde yoktur.

G. MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI

Tetkik Transvajinal yoldan rahim ağzına ilaç verilerek yapılan bir tetkiktir.Normal kadın doğum muayenesine benzer,hasta kendini kasmazsa genellikle ağrısızdır.İlaç verilme sırasında özellikle tüplerde rahat geçiş yoksa basınç etkisiyle adet sancısına benzer hafif kasık ağrısı olabilir.Çekimin adet dönemi bittikten en geç 4-5 gün içinde olması gerekmektedir.

H. REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLERİ

Görüntüleme uygulaması reddedildiğinde hastalığınıza tanı konulamayacak olup ve (ölüm vb.)sonuçlardan gelişebilecek riskleri mevcuttur.

İ. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Tetkikinizin teşhis kalitesini arttırmak için mutlaka kullanılması gereken farklı isimdeki tüm ilaçlar iyot içermektedirler.İyot içeren ilaçların vücut içi kullanımında nadiren de olsa alerji gelişebilir.Çoğu zaman geçici bir şekilde seyir etseler de çok nadiren de olsa hayati risk arz edebilir.

J. SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

İlaçlarınızı düzenli kullanmanız doktor kontrollerinizi aksatmamanız ,doktorunuzun önerisi dışında ilaç kullanmamanız sağlığınız için önemlidir.Size önerilenlere tam olarak uyunuz.

‘’GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ HUSUSLARINDA BİLGİ VERİLİR.’’

Doktorum tarafından bana girişimsel işlem ve tedavim ile ilgili SÖZLÜ olarak bilgi verildi.Sorularımın hepsini doktorum bana açıkladı. Her türlü risk ve tehlikeleri ,tedavim sırası ve sonrası olası sorunlar hakkında yeterli bilgi sahibi oldum.

HASTANIN YAZILI OLARAK RIZASININ ALINMASI

İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

İşleminiz ..... tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Tanı amaçlı yapılan bir tetkiktir ve tedavi için uygulanmaz,yalnız bazı durumlarda tüplerdeki küçük darlıkların açılmasını sağlar.

İŞLEM UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞABİLECEK SONUÇLAR

Tedaviyi reddedildiğinde oluşacak tüm sonuçlardan (ölüm vb.) gelişebilecek riskleri mevcuttur.

VARSA ALTERNATİFLERİ

Alternatif tanı yöntemi mevcut tıbbi yaklaşımlar içinde yoktur.

İŞLEMİN RİSK VE KOMPLİKASYONLARI

Tetkik :Transvajinal yoldan rahim ağzına ilaç verilerek yapılan bir tetkiktir.Normal kadın doğum muayenesine benzer,hasta kendini kasmazsa genellikle ağrısızdır.İlaç verilme sırasında özellikle tüplerde rahat geçiş yoksa basınç etkisiyle adet sancısına benzer hafif kasık ağrısı olabilir.Çekimin adet dönemi bittikten en geç 4-5 gün içinde olması gerekmektedir.

Tetkikinizin teşhis kalitesini arttırmak için mutlaka kullanılması gereken farklı isimdeki tüm ilaçlar iyot içermektedirler.İyot içeren ilaçların vücut içi kullanımında nadiren de olda alerji gelişebilir.Çoğu zaman geçici bir şekilde seyir etseler de çok nadiren de olsa hayati risk arzedebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Ortalama çekim süresi 10-20 dakika arası değişmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Tetkikinizin teşhis kalitesini arttırmak için mutlaka kullanılması gereken farklı isimdeki tüm ilaçlar iyot içermektedirler.İyot içeren ilaçların vücut içi kullanımında nadiren de olsa alerji gelişebilir.Çoğu zaman geçici şekilde seyir etseler de çok nadiren de olsa hayati risk arz edebilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

İlaçlarınızı düzenli kullanmanız doktor kontrollerinizi aksatmamanız,doktorunuzun önerisi dışında ilaç kullanmamanız sağlığınız için önemlidir.Size önerilenlere tam olarak uyunuz.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ

Gerektiğinde kendi doktorunuza çalışma saatlerinde **hastanemizden ..... den 3363 / 3379 dan** ulaşabilirsiniz.

Hasta, Veli Veya Vasinin Onam Açıklaması:

Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.

Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.

Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.

Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.

Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.

Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.

Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

.....

Bu yazılı belgenin tamamını okudum.Her türlü risk ve tehlikeleri tedavim sırası ve sonrası olası sorunlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğuma inanıyor,hiçbir baskı altında kalmadan , özgür iradem ile bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Hasta ya da Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi:

Adı

Soyadı:

İmzası:

Tanık:

Hastaya yakınlığı:

Adı :

Soyadı:

İmzası:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tedavi Eden Hekim:

Adı Soyadı:.....

İmzası: .....

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