Hasta Adı - Soyadı: **Cinsiyet: □ K □ E**

Dosya No: **Doğum Tarihi:**

Baba Adı: **Kimlik No:**

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

1.Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

2. ÖNERiLEN TEDAVi:

Hastalığınızın durumuna göre size uygun bir fizik tedavi programı planlanacaktır. Bu tedavi programı ilaç ve fizik tedavi ajanlarının uygulanması ve terapötik egzersizlerden birini veya bir kaçını içerebilir. **Size uygulanacak fizik tedavi ve**

süreleri

• Soğuk tatbiki:20 dk.

• Yüzeyel ısı (infraruj, sıcak paket, parafin:7-10 defa daldırma, girdap banyosu)

• Derin ısı (ultrason : tedavi verilen bölgeye göre değişmektedir, kısa dalga diatermi, radar)

• Elektroterapi (TENS, elektostimülasyon, vakum-enterferans, diadinami, galvanik-faradik akım)

• Hidroterapi ,kontrast banyo

• Mekanoterapi (mobilizasyon ve manipülasyon, traksiyon, pnömatik kompresyon, splint, breys, korse, bandaj, baston v.s. destekleri),magnetoterapi,ESWT: Hastaya göre değişmektedir.

• Tedavi edici egzersiz uygulamaları gibi fizik tedavi yöntemlerinden biri veya bir kaçını içerebilir ve süre ortalama 20 dk’dır. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilemeyen bir çok hastalıkta ve kronik ağrılı durumlarda, fonksiyonel kısıtlılıkta etkili bir tedaviye olanak sağlar.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERi KULLANIMI: Yok □ Var □

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERiLEN TEDAViNiN RiSKLERi ve KOMPLiKASYONLARI

• Yan etki ve riskleri oldukça az olan tedavi yaklaşımlarıdır. Bununla birlikte, nadir de olsa cilt kızarıklıkları,baş ağrısı ve dönmesi,sersemlik,yorgunluk,mide bulantısı ve de hassasiyet gibi istenmeyen etkiler görülebilir.

• Çok daha nadir görülen önemli riskler cilt yanıkları, kalp ritm bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, eklem kısıtlılıklarının açılması sırasında kas-tendon hasarlanması-kopması, elektrik çarpmasıdır.

• Riskler uygun teknik, yeterli tıbbi malzeme ve deneyimli tıbbi personel varlığında nadiren görülmektedir. Enjeksiyondan dolayı zarar görmeniz durumunda, bunun giderilmesi için her türlü tıbbi girişim yapılacaktır.

• Bu durumların görülme sıklığını en aza indirmek için uygulama öncesi tıbbi durumunuz hakkında doktorunuza detaylı bilgi vermelisiniz. Bilinen ilaç allerjisi durumlarını, hastalıklarınızı doktorunuza belirtmelisiniz.

7. ÖNERiLEN TEDAViDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSiYEL YARARLAR:

• Ağrı, uyuşukluk, karıncalanma, güçsüzlüğün azalması ve geçmesi,

• Fonksiyonların artması,

• Yan etkisinin çok nadir olması ve olduğunda hafif geçici olması,

• Birçok durumda gereksiz tıbbi ve cerrahi tedavileri engellemesi,

• Daha az ilaç kullanılmasını sağlaması,

• İlaçla ve ameliyatla tedavisi mümkün olmayan diğer birçok hastalıkta etkin tedavi sağlaması,

• Hastalıkların kronikleşmesini (müzminleşmesini) ve ilerlemesini engellemesi,

• Ucuz olması,

• Hayat kalitesini arttırmasıdır.

8. ÖNERiLEN TEDAViNiN BAşARI OLASILIĞI:

Önerilen tedavinin başarı olasılığı, hastaya ve hastalığa bağlı olarak değişmektedir.

9. OLASI ALTERNATiF TEDAVİLER:

• Bu hastalığın tedavisi için çeşitli ilaç tedavilerinin ve fizik tedavi yöntemlerinin, bazı durumlarda cerrahi yaklaşımların tedaviye alternatif oluşturması söz konusudur.

• Bu hastalıkların tamamı multidisipliner (bir çok kliniği ilgilendiren) hastalıklardır. Tanı, tedavi ve takipleri sırasında gerekli olduğunda diğer ilgili servislerden de tıbbi destek alınmaktadır.

10. NEKAHET DÖNEMiNDE HASTANIN YAPMASI / DiKKAT ETMESi GEREKENLER:

Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı sonrasında hasta, hastalığıyla ilgili genel önerilere uymalıdır.

11. ÖNERiLEN TEDAViYi REDDETMENiN OLASI SONUÇLARI:

• Önerilen tedavi yönteminin kabul edilmediği durumlarda uygun tedavi yapılamamasına bağlı sağlığınızdaki bozukluğun, ağrı ve fonksiyon kayıplarınızın devam etmesi veya ilerlemesi söz konusu

olabilir.

ÖNERiLEN GiRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

√ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için

√ hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.

Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.

√ Bu işlemin medikal / paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal

eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik

personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim

açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

√ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilen ya da öngörülemeyen durumlara bağlı

olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca

sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini

anlıyor ve kabul ediyorum.

√ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik

rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor,

gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.

√ Uzman bir hekim tarafından tanısı koyulmuş,şeker hastalığı geçirilmiş,kanser hastalığı ,değişken kalp damar dolaşım bozuklukları ve diğer kalp rahatsızlıkları,epilepsi,metal implant varlığı,ruhsal bozukluklar,ileri derecede kemik erimesi,cilt sorunları ve kalp pili varlığı gibi özel tıbbi durumlarda tedavimin sağlığımı olumsuz etkilememesi açısından değiştirilebileceğini kabul ediyorum.

√ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım. Ben bu formun içeriğini anladım ve Dr. ..... nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında

doktorlarının veya fizyoterapist, fiziktedavi teknikerlerinin uygulayacağı tedaviyi, vereceği

bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı : .....İmzası:..... ..... Tarih/saat:

(Hasta onay veremeyecek durumda ise)

Hasta vasisi/yakının Adı Soyadı:.....İmzası:..... Tarih/saat:

(Yakınlığı:.....)

Doktor adı-soyadı-unvanı-kaşe-imza : .....

Fizyoterapist-Fizik tedavi Teknikeri Adı Soyadı:.....İmzası.....Tarih/Saat

Rızanın Alındığı Tarih Saat:.....

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

• 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,

• 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,

• Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.