Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası olumsuzlukları öğrendikten sonra yapılacak işleme olur vermek ya da vermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:DR.....

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. İsterseniz sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi istemeyebilirsiniz.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

Coumadin kan pıhtılaşmasını engellemek amacıyla kullanılan bir ilaçtır.Başlıca kalpte ritim bozukluğu, kalp kapağı rahatsızlığı gibi sorunlar varlığında beyne veya diğer organlara pıhtı atması riskini azaltmak için kullanılır. Bunun dışında belirli hastalarda beyin atar veya toplardamarlarında oluşan tıkanıklıkların ilerlemesini veya tekrarlamasını önleme amacı ile de kullanılabilmektedir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Coumadin'in dozu ve uygulama şekli her hasta için farklıdır. Coumadin uygulaması ile amaçlanan miktardan fazla düzeyde pıhtılaşma engellenirse kanama riski, amaçlanan miktardan az düzeyde pıhtılaşma engellenirse de damar tıkanıklığı veya pıhtı atma riski oluşmaktadır.

Bu nedenle coumadin tedavisi esnasında sürekli şekilde, doktorunuzun önerdiği sıklıkta INR (International Normalization Ratio) adı verilen bir kan tahlili yapılmalıdır. Coumadin pek çok ilaç ve yiyecek ile etkileşebildiğinden ilaç düzeyleri ani değişiklikler gösterebilmektedir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Tedavi esnasında;

- Baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti oluyorsa,
- Traş kesiği veya benzeri yaralanmalarda kanama pıhtılaşarak durmuyorsa,
- Burun kanamaları oluyor ve durmuyorsa,
- Dişlerinizi fırçalarken dişeti kanamanız oluyorsa,
- Ağızdan kan gelmesi,
- Bilinmeyen nedenlerle ciltte siyah ve mor lekeler oluşuyorsa,
- İdrar rengi kırmızı veya kahverengi ise,
- Dışkının rengi siyah veya kırmızı ise,
- Menstruasyon (adet) döneminde normalin üstünde kanama oluyorsa,
- Beklenmeyen ağrı ve şişkinlikler oluşuyorsa
- Felç, inme şikâyetleri oluşursa hemen doktora başvurulması gerekmektedir.

Coumadin pek sık görülmemekle birlikte "deri ölümü (nekrozu)" gibi yan etkiler yapabilir. Coumadin başka ilaçlarla etkileşebilmektedir bu nedenle size yeni bir ilaç yazıldığında coumadin kullandığınızı doktorunuza belirtiniz.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen özgür irademe dayanarak aldım.

İstersem yapılacak tedaviyi durdurma ve sürdürmeme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını

kabul etmediğimde doğacak sonuçlarla ilgili sorumlulukları üstleniyorum.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

İlacın etkisini, yan etkilerini ve düzenli kan tahlili yapılması gerektiğini bilerek coumadin (warfarin) isimli ilacı kullanmayı/ hastamın kullanmasını kabul ediyorum/etmiyorum.

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI : HASTA YAKININ ADI-SOYADI :

İMZASI: İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)