HASTANIN

Adı ve Soyadı :
T.C. Numarası :
Kayıt (protokol) numarası :
Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :
Adresi :
Telefon numarası :
Başvuru tarihi/Saat :
Hastalığın tanısı/ön tanısı :

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).

Ad-Soyad ve Telefon Numaraları
1- . . . . . .
. . .
2- . . . . . .
. . .

SORUMLU HEKİMİN
Adı-Soyadı : .. . .
Uzmanlık alanı : . . . . . .

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir. Bu belge, tedavi hakkındaki genel bilgileri, tedaviye rıza gösterdiğinizi veya göstermediğinizi yahut da verdiğiniz rızayı geri çekmeyi tanımlayan 4 (dört) bölümden oluşmaktadır.

Size önerdiğimiz bu tedavi şeklini ***kabul etmemeniz*** durumunda bu belgenin ***üçüncü bölümünü*** mutlaka doldurmanız gereklidir.

Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Tedavi ile ilgili verdiğiniz ***onamı geri çekmeniz*** durumunda bu belgenin ***dördüncü bölümünü*** mutlaka doldurmanız gereklidir.

NOT:Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

BİRİNCİ BÖLÜM: BİLGİLENDİRME

Yoğun Bakım Ünitesinde kalınan sürede bilinmesi gereken konuları size açıklamak istiyoruz. Yaşamsal fonksiyonların sürekli izlenmesi ve ihtiyaç duyulan tedavilerin uygulanabilmesi için;

1. Serum, kan ürünleri ve ilaç uygulamaları için özel bir iğne ile damara girilecek ve iğne yerinde bırakılacak, ihtiyaç halinde santral venöz kateter (kol, boyun, köprücük kemiğinin altından veya kasıktan girilerek büyük toplar damarlara, ucu sağ kalp boşluğuna ulaşacak şekilde) takılacak, ayrıca gerektiğinde laboratuvar tetkikleri için kan örnekleri almak amacıyla atardamarlar dahil başka damarlara da girilecektir.
2. Kalbin durumunu ve ritmini izlemek için vücuda EKG elektrodları yapıştırılacak,
3. Hastanın solunumunun; yatış nedenine bağlı olarak veya yeni gelişen olaylardan dolayı yeterli olmadığı durumlarda; solunumun kontrolü ve sürdürülmesi için; hastalarda yüze yerleştirilen bir maske aracılığı ile oksijenlenmesi sağlanır.
4. Mideye ve idrar torbasına sonda takılacaktır.
5. Hasta yataklarının yapısal donanımları hastanın güvenliği bakımından uygun olsa da; hastanın farkında olmadan hareket ederek zarar görmesini önlemek için, kol ve bacakları zarar görmeyecek şekilde yatağa tespit edilecektir.
6. Gereksinim oldukça tanı için kan, idrar, vücut salgıları (balgam, trakeal sekret, asit sıvısı, plöral sıvı vb.)doku, kas, yara örnekleri alınacaktır.

Size / hastanıza Yoğun Bakım Ünitesine yatış nedeni dışında, varsa yandaş hastalıklarınıza / hastalıklarına ve gelişebilecek yeni durumlara göre özel uygulamalar yapılabilir. Yapılacak yeni uygulamalar hakkında ayrıca detaylı bilgi verilecektir. Yoğun Bakım Ünitesinde kaldığı süreçte, hastanın yaşamsal fonksiyonları sürekli olarak izlenecektir.

Yatış nedenine veya gelişen yeni durumlara göre hastaya; değişik ilaçlar (uyku ilaçları, ağrı kesiciler, morfin ve türevleri, kas gevşeticiler, kortizon, antibiyotikler, dolaşımı ve kalbi destekleyen ilaçlar, kan ürünleri, bazı hastalıklara özel ilaçlar vb.), tedaviler düzenlenip uygulanacaktır.

Gereksinim olduğunda; hemodiyaliz, hemoperfüzyon, bazı özel durumlarda plazmaferez yapılacak, kalp ve kan dolaşımı (aort pompası, kalp-akciğer pompası ile) desteklenecektir. Gelişecek olaylara (akciğerde hava, kan, sıvı toplanması, karın boşluğunda sıvı) bağlı olarak drenaj tüplerinin takılmasının gerekebileceğini belirtmek isteriz.

Yoğun bakımdaki tedavi sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar;

1.Hava yolunun açılması –hava yoluna tüp takılması- ile ilgili,

a. Hava yolu açıklığının sağlanmasında güçlük; (dilin büyük, çenenin küçük, soluk borusunun önde olması ve size/hastaya özel bazı yapısal nedenlerle, yüz baş-boyundaki yaralanmalar) nedeniyle tüpün soluk borusuna yerleştirilememesi,
b. Tüpün yerleştirilmesi sırasında solunum yolundaki organlar (dudak, dil, boğaz, soluk borusu, akciğerler) ve sabit/takma dişler zarar görebilir,
c. Tüp yanlışlıkla yemek borusuna girebilir,
d. Boğaz ağrısı, ses kısıklığı, yutma zorluğu (tüp çıkarıldıktan sonra) oluşabilir,
e. Tüpün uzun süreli kalmasına bağlı soluk borusunda-yemek borusunda zararlanma,
f. Tüpün kaldığı süre içinde tıkanması, çıkması, balonunun patlaması sonucu, tekrar takılması gerekebilir,
g. Kanın oksijenlenmesi bozulabilir,
h. Kan basıncı ve kalp atımı değişebilir, kalp ve solunum durabilir.

2-Kalp ve dolaşımla ilgili sorunlar:

a. Önceden mevcut kalp ve dolaşım ile ilgili hastalıklar (hipertansiyon, kalp ritm bozuklukları, koroner damarlar ve kalp kapakları ile ilgili hastalıklar, geçirilmiş kalp krizi), kullanlan ilaçlar (antihipertansifler, dolaşım düzenleyiciler, kalp ritmini düzenleyen ilaçlar (beta-blokerler), idrar söktürücüler (diüretikler), kanı sulandıran ilaçlar aspirin vb.) tedaviniz sırasında riski artırıp tansiyon değişikliklerine, kalp ritminin bozulmasına, kalp krizi geçirmenize neden olabilirler.
b. Toplardamara, girmek için kullanılan özel iğne ile (çok enderde olsa hastanın farklı anatomik yapısal özelliklerine bağlı olarak) yanlışlıkla atardamara girilebilir. Hastalığınızın şiddetine göre, tansiyonunuzu sürekli olarak takip edebilmek için gerekirse atardamar içine özel bir iğne yerleştirilmesi gerekebilir. Bu uygulama sırasında iğnenin giriş yerinde kan pıhtısı toplanması, dolaşım bozukluğu oluşabilir.
c. Büyük damarlara kateter uygulamaları (kol, boyun, kasık), yoğun bakımda tedavi edilen hastalara rutin olarak yapılmaktadır. Bu işlemlerin yapıldığı yere göre; kanama, akciğerlerde hava / kan toplanması, pıhtı atması, sinir yaralanması gibi istenmeyen sorunlar oluşabilir.

3- Tedavide kullanılan ilaçlara (ağrı, uyku ilaçları, antibiyotikler, kalbi ve dolaşımı güçlendiren ilaçlar, kan ürünleri) bağlı olarak;

a. Alerjik reaksiyonlar ortaya çıkarabilir.
b. Kan basıncının düşmesi veya artması,
c. Kalp atım hızının düşmesi veya artması,
d. Kalp ve solunumun durması ve bunlara bağlı olarak beyinde hasarlanmalar (şuur değişiklikleri, felçler) oluşabilir

4-Diğer: Sık olmasada, teknik nedenlere, ekipman, malzeme vb. bağlı oluşabilecek problemlere karşı gerekli önlemler alınmış ve tüm hazırlıklar yapılmıştır. Uzun süreli yatmaya ve hareketsiz kalışa bağlı olarak; yüz, göğüs, kasıkta ezilme, genital organlar ve gözlerde yaralanmalar, toplar damarlarda tıkanmalar (tromboz) veya pıhtı atması (emboli), deride yaralar (yatak yaraları) ve sinirlerde hasarlar oluşabilir.

Hastanın beslenmesi; ağızdan doğal olarak yeterli besin alamayan hastalar, ağızdan /burundan takılan beslenme tüpü aracılığı mama ile veya damar yoluyla serumlarla yapılacaktır. Beslenmenin beslenme tüpü ile çok uzun süre sürdürülmesi gerekecek olan veya ağız ve burundan beslenme tüpünün takılmasının mümkün olmadığı hastalara (yüz yaralanmaları, ağız- boğaz- burun ameliyatları) **gastrostomi** denilen bir işlemle (perkütan - karın cildinden girilerek- veya cerrahi olarak) mideye beslenme tüpü takılması gerekebilir. Beslenme sırasında beslenme için kullanılan erişim yolu ve araçlarına bağlı (kanama, ağız/burunda baskıya bağlı doku zedelenmesi, yemek ve soluk borusunun zarar görmesi, yara oluşması, tıkanması), beslenme ürününün soluk borusuna kaçması, metabolik bozukluklar, beslenme ürünlerine bağlı (kabızlık, ishal) problemler oluşabilir.

Yoğun Bakımda uzun süreli yatan hastalarda; enfeksiyonlar (pnömoni, kateter enfeksiyonları-santral kateterlere, idrar sondalarına bağlı idrar yolu enfeksiyonları, yara yeri enfeksiyonları, solutma cihazı ile ilişkili pnömoniler, sepsi) mevcut hastalıklara ek olarak ortaya çıkabilir.

Yukarıda sayılan problemler hastalığın şiddetine ve yoğun bakımda kalış süresine bağlı olarak değişik sıklıkta gelişebilir. Bu sorunların sıklığını önceden belirlemek güçtür. Sorunlar genellikle yoğun bakıma yatış nedeni, önceden mevcut hastalıklar, yoğun bakımdaki kalış süresi, uygulanan girişim ve tedavilerle ilişkilidir.

Tedavinin sürdürülmesi sırasında yapılan laboratuvar tetkikleri ve yatak başında çekilen röntgen filmleri dışında, ortaya çıkan yeni problemlere bağlı olarak size / hastanıza ameliyat gereksinimi olabilir. Ayrıca tanı için tomografi, EEG (Elektroansefalografi), anjiyografi, endoskopik girişimler gastroskopi) gibi tetkiklerin yapılması gerekebilir. Bu tetkikler gerektiğinde hasta Yoğun Bakım Ünitesinden uygulama yerlerine yaşamsal fonksiyonları izlenerek güvenli bir şekilde götürülecektir.

Hastanın sağlık durumunun yoğun bakımda yattığı sürece kritik olduğunu ve olumsuz değişikliklerin her zaman oluşabileceğini, iyileşme süreci ve hızının yavaş olacağını, bazı hastaların mevcut hastalıklarına ve oluşan yeni problemlere bağlı olarak, tedavilerinin ve yoğun bakımdaki kalış sürelerinin uzayabileceğini, bu nedenlerden dolayı sabırlı olmanız gerektiğini belirtmek isteriz.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

İKİNCİ BÖLÜM :ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu "bilgilendirilmiş hasta onam formu" nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİ YÖNTEMİNİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız) . . . . . .

Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .

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

Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:

Hasta Adı Soyadı : . . . . . İmza:. . . . . .Tarih/Saat:. . . . . .

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . Telefon no : . . . . . .

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

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN (Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . .Telefon no : . . . . . .

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

[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba

Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .

Adresi : . . . . . .Telefon no : . . . . . .

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

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı : . . . . . .

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

TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)

Adı ve Soyadı : . . . . . Tarih/Saat :. . . . . İmza : . . . . . .

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETME

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE DE BELİRTİLEN TEDAYİ REDDETME VEYA SONLANDIRMA HAKLARIMIN OLDUĞU BANA ANLATILDI. SONLANDIRDIĞIMDA DOĞABİLECEK SONUÇLAR VE SORUMLULUKLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİM.SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLERİN VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK; BU FORMDA TANIMLANAN TEDAVİNİN UYGULANMASINI KABUL ETMİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız). . . . . .
. . . .
. . . .
. . . . . .
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı :.....
İmza:..... Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı : . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . İmza : . . . . . .
. .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . İmza : . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . Telefon no : . . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı : . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)
Adı ve Soyadı : . . . . . .

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

BU FORMDA TANIMLANMIŞ OLAN TEDAVİ İÇİN . . . . . /. . . ./ . . . . . TARİHİNDE VERMİŞ OLDUĞUM ONAMI, SAĞLIĞIM AÇISINDAN OLUŞABİLECEK TÜM OLUMSUZ ETKİLER VE RİSKLERİN FARKINDA VE BİLİNCİNDE OLARAK KENDİ RIZAMLA GERİ ÇEKİYORUM.
Hastanın/Hasta Yakınının Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. .
Bilgilendirilmiş Onam Formu' nun bir örneği tarafıma teslim edilmiştir:
Hasta Adı Soyadı :. . . . . .
İmza:..... Tarih/Saat:.....
HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ve/veya OKUMA YAZMASI OLMAYAN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN SÖZLÜ OLARAK GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:
Adı ve Soyadı : . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): .. ..
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır).
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
[ ] Kanuni veli / vasi [ ] Anne [ ] Baba
Adı ve Soyadı : . . . . . .
Doğum tarihi (gün/ay/yıl): . . . . . .
Adresi : . . . . . .
. . . . . .
Telefon no : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
SORUMLU HEKİM
Adı ve Soyadı : . . . . . .
. . . . . .
Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . . . .
. . . . . .
TERCÜMAN/ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)
(Hastanın görme, okuma engeli varsa şahit eşliğinde onam alınır)

. . . . . . Tarih/Saat : . . . . . İmza :	Adı ve Soyadı : . . . . Tarih/Saat : . . . . . İmza : . . . .