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 Uygulanan Girişimler Nelerdir?

Yoğun bakım ünitesinde kaldığınız sürede hastaneye başvurunuzdaki yakınmanıza bağlı olarak adına yatış işleminin yapıldığı hekim günlük vizitlerle tedaviniz içerisinde yer alacaktır. Ayrıca gereksinim duyulduğunda diğer bölümlerden yazılı olarak konsültasyon istenerek tanı ve tedavilerinize katılmaları sağlanacaktır.

Yoğun Bakım Ünitesinde, hastanın yatışını gerektiren soruna bağlı olmaksızın, yaşamsal fonksiyonları sürekli izlenir ve ihtiyaç duyulan tedavi ve girişimler uygulanır. Bu girişimler;

- 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) takılabilir, ayrıca gerektiğinde laboratuvar tetkikleri için kan örnekleri almak amacıyla, kan basıncını izlemek için arter gibi başka damarlara da girilebilir.
- Yüze yerleştirilen bir maske veya burun deliğine takılan bir sonda ile oksijen verilebilir.
- Kalbin durumunu ve ritmini izlemek için vücuda EKG elektrotları yapıştırılabilir.
- Kola tansiyon aleti bağlanıp parmağa kanın oksijenlenmesin gösteren bir cihaz takılabilir.
- Bilinci kapalı veya yüz maskesi ile oksijenlenmesi yeterli olmayan hastalarda; soluk borusuna ağızdan, burundan veya boynun alt kısmından takılacak tüp ile solunumun solunum cihazı ile sağlanabilir.
- Mideye veya idrar torbasına farklı sondalar takılabilir.
- Hasta farkında olmadan hareket ederek kendisine zarar verebilir. Bunun önlenmesi için hareket kısıtlaması uygulanabilir.
- 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) uygulanabilir.
- Gerek görüldükçe tanı için kan, idrar, vücut sıvıları, doku, kas, yara vs. örnekleri alınabilinir.
- Akciğerlerde beklenmedik bir durum geliştiğinde drenaj tüpü takılabilir.
- Ağızdan yeterli beslenemeyen hastalarda, gerek görülürse beslenme tüpü takılabilir. Beslenmenin beslenme tüpü ile çok uzun sürede yapılması gereken hastalarda, gastrostomi denilen bir işlemle sürekli beslenme tüpü takılır.
- Röntgen filimleri, tomografi ÇEKİLEBİLİR.
- Tedavinin sürdürülmesi sırasında yapılan laboratuvar tetkikleri ve yatak başında çekilen röntgen filmleri vs. dışında, ortaya çıkan yeni problemlere bağlı olarak hastaya ameliyat gereksinimi olabilir.
- Enfeksiyon kapma riskini arttırdığı için hastanızın gerektiğinde saç ve sakalları kesilebilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Girişimler Nasıl Yapılır?

Venöz Kateter Takılması: kateter uygulanacak uygun damar belirlenir. Üst kısmından turnike bağlanarak damarın belrginleşmesi sağlanır. Bölge temizlenir, kateter ile damara girilir. Büyük toplar damara kateter yerleştirmek için, uygulanacak olan bölge temizlenir, steril koşullarda kateter yerleştirilir. Atar damar kateteri için; el bileği, dirsek iç yüzeyi temizlenir ve kateter takılır.

Soluk Borusuna Tüp Takılması: solunumu yeterli olmayan hastalarda ilaç verilerek hastanın solunumu durdurulur. Özel bir alet yardımı ile ağız içinden soluk borusunun girişi görülerek tüp yerleştirilir. Boyundan solunum borusuna tüp yerleştirme ameliyathanede uygulanacak bir yöntem olup ayrıca bilgi verilip onam alınacaktır.

Mideye Sonda Takılması: Sonda hastanın burnundan veya ağzından ilerletilerek mideye yerleştirilir.

İdrar Torbasına Sonda Takılması: hastanın perine bölgesi temizlenerek özel kayganlaştırıcı ve lokal anestezi içeren jel sürülerek steril koşullarda sonda yerleştirilir.

Akciğere direnaj tüpü takılması: Göğüs duvarında tüpün takılacağı bölge temizlendikten sonra lokal anestezi uygulanır. Steril koşullar sağlanarak neşter ile 1 cm lik kesi açılır. Özel bir alet yardımı ile tüp akciğer zarlarının arasına yerleştirilir.

Gartrostomi: Mideye yerleştirilen kamera yardımı ile beslenme tüpü mide ile karın duvarı arasına yerleştirilir.

Uygulanacak İşlemlerin Riskleri:

Lokal Anestezi Riskleri: Uygulanan maddelere bağlı alerjik reaksiyonlar görülebilir ve bu durum hayati tehlike oluşturabilir. Ancak gelişme ihtimali çok düşüktür.

Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Girişimler'in Riskleri, Komplikasyonları:

*Aşağıda anlatılanlar yoğun bakım ünitelerinde görülebilecek Olası riskler, komplikasyonlardır***.**

Hastane enfeksiyonları: zatüre (pnömoni), beyin zarı iltihabı (menenjit), idrar yolu enfeksiyonları, kana mikrop karışmasına bağlı yaygın vücut enfeksiyonu (sepsis) oluşabilir.

- Uzun süreli yatmaya ve hareketsiz kalışa bağlı olarak; yüz, göğüs, kasıkta ezilme, genital organlar ve gözlerde yaralanmalar, deride yatak yaraları ve bacak damarlarında pıhtı oluşabilir(derin ven trombozu veya DVT). Çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- Yoğun bakımda uzun süreli yatmaya bağlı anksiyete (gerginlik) ve ruhsal travma oluşabilir.
- Sigara içen hastalarda yara enfeksiyonu, göğüs (akciğer) enfeksiyonu, kalp- akciğer komplikasyonu ve tromboz (damar içi kan pıhtılaşması) komplikasyonu ihtimali daha fazladır.
- Toplar damara girmek için kullanılan özel iğne ile çok ender de olsa hastadaki farklı anatomik yapısal özelliklere bağlı olarak yanlışlıkla atardamara girebilir, akciğer zarını delebilir. Kanama, akciğerlerde hava/ kan toplanması, pıhtı atması sinir yaralanması gibi istenmeyen sorunlar oluşabilir. Bu sorunlar sonucunda ölüm gerçekleşebilir.
- Atar damar içine özel bir iğne yerleştirilmesi sırasında iğne giriş yerinde kan pıhtısı toplanması, dolaşım bozukluğuna bağlı hasarlar oluşabilir. Enfeksiyon gelişebilir ve kan pıhtısına olarak damar tıkanabilir. Uygulama yapılan uzuv kesilebilir.
- Hava yoluna tüp takılması esnasında dilin büyük, çenenin küçük, solluk borusunun önde olması gibi özel bazı yapısal nedenler ile ve yüz baş, boyundaki yaralanmalar nedeni ile tüpün soluk borusuna yerleştirilemeyebilir.
- Tüpün yerleştirilmesi sırasında solunum yolundaki organlar, dokular (dudak, dil, boğaz, soluk borusu, akciğerler) ve sabit/takma dişler zarar görebilir. Tüp yanlışlıkla yemek borusuna girebilir. Tüp çıkarıldıktan sonra boğaz ağrısı ses kısıklığı, yutma zorluğu oluşabilir. Tüpün kaldığı süre içerisinde tıkanması, çıkması,

balonunun patlaması sonucu tekrar takılması gerekebilir. Solutma cihazı ile solunum sürdürülürken akciğerde hasar oluşabilir. Solutma cihazı ve bağlantıları ile ilişkili enfeksiyonlar gelişebilir. Uygulama sürecinde hasta hayatını kaybedebilir.

- Önceden mevcut kalp ve dolaşım ile ilgili hastalıklar (hipertansiyon, kalp ritim bozuklukları, koroner damarlar ve kap kapakları ile ilgili hastalıklar, geçirilmiş kalp krizi vb.) için kullanılan ilaçlar (tansiyon düşürücü, kalp ritmini düzenleyen, dolaşımı düzenleyen, kanı sulandıran ve idrar söktürücüler) tedaviniz sırasında riski artırıp tansiyon değişikliklerine kalp ritminin bozulmasına kalp krizi geçirmenize ve ölüme neden olabilir.
- Tedavide kullanılan ilaçlara (ağrı ve uyku ilaçları, antibiyotikler, kalp ve dolaşımı güçlendiren ilaçlar, kan ürünleri) bağlı olarak alerjik reaksiyonlar, kan basıncının düşmesi veya artması, kalp hızının düşmesi veya artması, kalp ve solunum durması, bunlara bağlı olarak beyinde hasarlar ve ölüm gerçekleşebilir.
- Beslenme için kullanılan mide sondasına bağlı kanama, ağız/ burundan baskıya bağlı doku zedelenmesi, yemek ve soluk borusunun zarar görmesi, beslenme ürününün soluk borusuna kaçması, beslenme ürünlerine bağlı kabızlık ishal gibi durumlar olabilir.
- İdrar sondasına bağlı idrar yolu enfeksiyonu, kanama ve organlarda hasar meydana gelebilir.
- Kalp ve solunum durması ve bunlara bağlı olarak beyinde hasar(şuur değişiklikleri, felçler) ve ölüm gelişebilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Girişimlerin Alternatif Tedavileri ve Riskleri:

Girişimler işlemleri ve tedaviyi reddetme hakkınız vardır. Bu girişimlerin alternatifi yoktur.

Uygulanmazsa Neler Gelişir? Hastada geçici veya kalıcı hasarlar oluşabilir. Ölüm gerçekleşebilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Girişimler Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Nelerdir?

- Hasta yoğun bakımdan servise nakil olabilir, eve taburcu olabilir veya başka bir merkeze sevk olabilir.
- Reçete edilen ilaçları kullanırken kaşıntı, döküntü, kızarıklık vb. gibi durumlarda hekiminize, ulaşamazsanız en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Trakeotomi (boyunda delik) varsa; size önerilen kontrol gününde tekrar polikliniğe başvurunuz.
- Hastanızın evde bakım ihtiyacı var ise; Evde Bakım Sağlık Hizmetlerini arayarak randevu alınız.

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: . . . . . .

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: . . . . . .

. . . . . 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:	. . . . . 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: . . . . .