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...

Bize başvurmanıza neden olan şikayetleriniz, muayene ve laboratuvar tetkikleriniz ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda size/hastanıza Modifiye Radikal Mastektomi operasyonu uygulama gerekliliği doğmuştur.

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, 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:HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Modifiye Radikal hastalıklı meme cildinin ve koltuk altı lenf bezlerinin alındığı ameliyatlardır.Ameliyat dışında tedavi seçeneği bulunmamakta ve bu ameliyat ile aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler gelişebilmektedir:

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1’den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.

2. Ameliyat sırasında ve sonrasında derin toplardamar sisteminde oluşabilecek pıhtılar oradan koparak akciğer embolilerine yol açabilirler. Bunun önlenmesi için gerekli ilaç tedavisine ameliyat öncesi başlanacak ve ameliyattan sonra da sürdürülecektir. Ayrıca ameliyat sonrası hastanın erken hareketlendirilmesi gibi ek önlemler de alınacaktır. Ancak bu riski % 100 ortadan kaldıracak bir yöntem tıpta henüz bilinmemektedir. Bu çok ciddi bir durum olup ölüm riski mevcuttur.

3. Ameliyat esnası veya sonrası içeriye ya da dışarıya kanama olabilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri

verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.

4. Olası enfeksiyonlara karşı da antibiyotik uygulanacaktır. Ancak bu uygulamanın enfeksiyonu riskini sıfıra indirmesi tıbben imkânsızdır. Bu enfeksiyonlar akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında veya yarada gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler. Müdahale ve antibiyotik tedavisine rağmen enfeksiyonun yayılıp ölüme yol açması riski mevcuttur

5. Ameliyat sonrası deride nekroz (çürüme), koltuk altından lenf sıvısının gelmesi, deri altında kan veya lenf sıvısı birikmesi, yara izinin belirgin olması, kolda ödem, hareket ve/veya duyu kaybı gelişebilir.

6. Kötü huylu tümörün, ameliyat esnasında mevcut olabilecek, tıp biliminin bugün kullandığı tanı metotlarıyla tesbit edemeyeceği kadar küçük uzak organ sıçramaları, zaman içinde büyüyerek hastanın ölümüne sebep olabilir. Ameliyat esnasında tümörün çıkarıldığı yerde, gözle veya elle tesbit edilemeyecek kadar küçük tümör parçaları ameliyattan çok uzun süre sonra bile büyüyerek hastalığın lokal nüksüne ve hastanın ölümüne sebep olabilir.

7. Çıkarılan tümörün patoloji laboratuvarında incelenmesinden sonra tümör konseyinde görüşülerek radyoterapi ve kemoterapi gibi bazı ek tedavilerin, tümörün lokal nüksü ve uzak sıçramaları olasılığını azaltabileceği için uygulanmasının yararlı olacağı kararı verilebilir. Bu ek tedavilerin uygulanmasını hasta kabul ettiği takdirde bu tedavilerle ilgili olası komplikasyon ve riskler uygulayıcı radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji ekiplerinin sorumluluğunda olup, bunlarla ilgili geniş bilgi tedaviden önce ilgili dal hekimlerince verilecektir.

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: . . . . . .

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