**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: HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**GASTROSKOPİ NEDİR?**

Üst sindirim sistemi kanalının içinin görülerek incelendiği teşhis yöntemine gastroskopi adı verilir. Gastroskopi sırasında ağızdan geçilerek yemek borusu (özofagus), mide, oniki parmak bağırsağının ilk iki bölümü (bulbus ve duodenum 2. kıta) muayene edilebilir. İşlem sırasında kullanılan cihaz gastroskop'tur. Bu esnek, bükülebilir, ucunda minik bir kamera olan ve işaret parmağı kalınlığında tüp şeklinde ileri teknoloji ürünü bir cihazdır. Gastroskop ucundaki kamera midenin iç yüzünün görüntüsünü yüksek çözünürlüklü bir televizyon ekranına yansıtır. Bu sayede polipler, tümörler, iltihabi değişiklikler, kanamaya yol açabilen damarsal genişlemeler veya başka patolojik değişiklikler varsa görülür. Gastroskopi sırasında saptanan normal olmayan dokuların mikroskopik incelenmesinin yapılabilmesi (patoloji tetkiki) için küçük örnekler alınabilir (biopsi) veya polip adını verdiğimiz yapılar tamamen çıkartılabilir.

**KİMLERE GASTROSKOPİ YAPILMALIDIR?**

Doktorlar değişik tıbbi nedenlerden dolayı gastroskopi yapılmasını isteyebilirler. Aşağıda bunların en önemlileri sıralanmıştır:

- Uzun süre mide yakınmaları olan kişilere
- Orta ve ileri yaşta yeni beliren mide şikayetleri olanlara
- Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen sindirim sistemi sorunları olanlara
- Reflü yakınmaları olanlara
- Mide kanaması geçirmiş yada geçirmekte olanlara
- Kansızlığı olanlara
- Yutma güçlüğü olanlara
- Mide kanseri şüphesi olanlara

- Mide kanseri olanların birinci derece akrabalarına
- Başka yöntemlerle sebebi tesbit edilmeyen karın ağrısı şikayeti olanlara gastroskopi yapılır.

**GASTROSKOPİ ÖN HAZIRLIĞI**

İşlemden önceki 8 saat aç kalınmalıdır (katı gıda alınmamalıdır). Mide şurupları da içilmemelidir. Sürekli kullanılan ilaçlar için doktora danışılmalıdır. Gastroskopiden 4 saat öncesine kadar su içilebilir.

**GASTROSKOPİ NASIL YAPILIR?**

Gastroskopi sırasında hissedilecek rahatsızlığın en az düzeyde olması için damar yolu ile sakinleştirici (ör. Midazolam) ve ağrı kesici (ör. Pethidine, Meperidine) ilaçlar verilir. Bu ilaçların uygulanabilmesi için işlem öncesi, koldaki yüzeyel bir toplardamara bir kateter (yumuşak kanül) yerleştirilir. Bu ilaçlar hastayı gastroskopiyi rahat tolere edebileceği yarı uykulu bir hale getirir. Tam bir bilinç kaybı olmamakla birlikte genellikle tetkik sonrasında hasta yaşananları ayrıntılarıyla anımsayamaz. Gastroskopi sırasında kan oksijen satürasyonu ve gerekirse diğer temel yaşam fonksiyonları (kalp atım hızı ve ritmi, kan basıncı gibi) hasta başı monitör adı verilen bir cihazla takip edilir. (Kan oksijen satürasyon ölçümü el parmak tırnağına tutulan bir ışık ile yapılacağı için en az bir tırnaktaki oje (varsa) temizlenmiş olmalıdır.) İşlem öncesi takma diş ve gözlük varsa çıkarılır. Mentollu bir lokal anestezik sprey ile boğaz uyuşturulur. Hasta sol yan olacak biçimde yatırılır. Daha sonra damardan sakinleştirici ilaçlar verilir. Ağıza açık kalmasını sağlamak için dişlik yerleştirilir. Ağızdan girilerek inceleme yapılır. İşlem sırasında rahatça nefes alınabilir, ağrı hissedilmez, ancak verilen havanın gerginliği hissedilir. Gastroskopun görüş alanının açılması için mide içine doğru aralıklarla hava üflenir. Gastroskopun çıkartılması sırasında üflenen bu hava kısmen geri emilir. İşlem sonrası geri kalan hava ağız ve anüs yoluyla çıkartılan gaz ile tahliye edilir. Gastroskopi genellikle 10-15 dk sürer. Eğer kişi isterse, sakinleştirici ve ağrı kesici yapılmadan da tetkik yapılabilir. Gastroskop infeksiyon bulaşmasını engellemek için her hastadan sonra önce ayrıntılı bir mekanik temizlik işleminden geçirilmekte ve daha sonra bakteri ve virüslere etkili özel bir sıvı ile dezenfeksiyon yapılmaktadır. Gastroskopi sırasında kullanılan biopsi snare ve penslerinin bir kısmı her hasta için yenisi kullanılıp işlem sonrası atılmakta, farklı yapıda olan diğer bir kısmı ise ya dezenfektan madde ya da yüksek ısı ile cerrahi alet sterilizasyonu protokolü ile tekrar kullanıma hazır hale getirilmektedir.

**GASTROSKOPİ SIRASINDA YAPILABİLECEK TIBBİ GİRİŞİMLER NELERDİR?**

Gastroskopi sırasında üst sindirim sistemi içinde normal dışı durumlar (polip, tümör, iltihabi değişiklik vb.) bulunursa tam tanının konması için patolojik tetkik gerekecektir. Saptanan lezyonlardan biopsi adını verdiğimiz küçük parçacıklar alınır ve mikroskobik tahlile gönderilir. Mide iç yüzünü yapan mukoza tabakasının oluşturduğu yumrular (polip) varsa çıkartılmalıdır. Bu işlem sırasında kanmayı engellemek amacıyla koter adı verilen yüksek ısı sağlayan bir cihaz kullanılır. Yemek borusu, mide ve oniki parmak bağırsağının içinde kanayan bir nokta varsa koter, heater probe vb. cihazlar ile ısı uygulaması veya injeksiyonlar yapılarak müdahale edilir. Mide iç yüzünün ağrı duyumsaması farklı olduğu için biopsi veya polip alma, injeksiyon, yakma gibi işlemler ağrıya yol açmazlar.

**GASTROSKOPİNİN RİSKLERİ ve KOMPLİKASYONLARI (istenmeyen durumlar) NELERDİR?**

Bugün uygulanan yöntemlerle, gastroskopi minimum riskli, rutin olarak yapılan, pratik bir işlemdir. Ancak tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi istenmeyen ancak alınan tüm tedbirlere rağmen önlenemeyen durumlar (komplikasyon) gastroskopi neticesinde de belirebilir. Bunların gelişme sıklığı % 1-2'dir. Aşağıda bu istenmeyen durumlar hakkında elden geldiğince açık ve tam bilgiler verilecektir. Bu bilgilendirme süreci hem kanuni yükümlükler hem de hekimin vicdani sorumluğu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Burada amaçlanan bireylerin korkutulması veya sorumluluğun hafifletilmesi değildir. Aksine bilgilenmiş bireylerin daha sağlıklı karar vereceği gerçeğidir. Gastroskopi sırasında yarı uykulu bir bilinç düzeyi sağlayan ilaçlar nadiren hastalarda kalp atım hızının ve solunumun yavaşlamasına veya allerjik reaksiyona yol açabilirler. Kullanılan ilaçların antidot adı verilen panzehirleri (Anexate, Naloxan) ve allerji ile mücadele ilaçları (antihistaminikler, kortizon preparatları, adrenalin vb.) gastroskopi odasında hazır tutulur ve gereken durumlarda bunlar uygulanarak gelişen tabloya müdahale edilir. Gastroskopi sırasında nadiren, gastrointestinal sistemde kanama, delinme, çevre dokuların (dalak gibi) zarar görmesi (oldukça nadir) gelişebilir. Mide cidarında delinme zayıf bir bölgenin gastroskop itmesine bağlı açılması veya poliplerin yakılarak çıkartılması sırasında gelişebilir. Bu durumdaki hastaların bir bölümü hastaneye yatırılma, damar yoluyla beslenme ve antibiyotik uygulaması ile iyileşirler. Ancak bir bölüm hastaya cerrahi müdahale gerekebilir. Çok seyrek olarak kalp ve dolaşım sistemi bozuklukları, bakteriyemi (damar içine mikrop kaçması) ve buna bağlı enfeksiyonlar, yatış biçimine bağlı yaralanmalar veya sallanan dişe zarar gelmesi gibi yan etkiler de görülebilir.

**GASTROSKOPİNİN ALTERNATİFLERİ NELERDİR?**

**Baryumlu mide duodenum grafisi:** Midenin ilaçlı filmidir. Gastrokopinin yaygınlaşmasıyla kullanımı azalmıştır.

Midenin yapısal bozukluklarını hareketlerini, boşalmasını, darlıkların boyutunu değerlendirmek için halen kullanılmaktadır. Ancak grafide saptanan bir lezyonun gastroskopi ile değerlendirilmesi gerekirse biyopsi alınması gereklidir.

**Batın tomografisi:** Mide ilaç ile doldurularak duvarları incelenebilir. Ancak küçük lezyonları, ülserleri, gastriti değerlendirmesi mümkün değildir. Şüphelenilen her olguda tekrar gastroskopi yapmak gereklidir. Gastroskopi yemek borusu, mide ve oniki parmak bağırsağının içini doğrudan gösterirken, aynı seansta lezyonlardan biyopsi alınmasını yada tedavi edici işlemlerin uygulanabilmesini sağlar.

**GASTROSKOPİ YAPILACAK BİREYİN TIBBİ ÖZGEÇMİŞİ**

Aspirin ve türevleri (Coraspin, Ecopirin vb.), NSAID olarak adlandırılan romatizma ve ağrı kesici ilaçlar (Voltaren, Apranax, Advil, Tilcotil vb.), trombosit fonksiyonlarını bozan ve kanama arttırıcı ilaçlar (Plavix, Pingel, Drisentin vb.), kan sulandırıcılar (Coumadin) gastroskopiden bir hafta önce kesilmelidir. Bu ilaçları kullanıyorsanız hem gastroskopiyi yapacak doktorunuzun haberdar edilmesi, hem de bu ilaçları başlayan doktorunuzun bilgilendirilip ilaç kullanılmadığı dönem için alternatif ilaç protokolü hazırlanmalıdır. Parasetamol içeren ağrı kesiciler (Panadol, Minoset, Thylanol vb) sorun teşkil etmezler. Şeker hastalığı ilaçları (antidiabetik hap, insulin), tansiyon düzenleyici ve idrar söktürücü ilaçlar bazı tedbirler alınmasını gerektirebileceği için doktorunuzu lütfen önceden bilgilendirin. Kalp kapakçık hastalığı, kalp kapak protezi, kalp pili (pacemaker), eklem protezi olan kişilerde gastroskopi öncesi bir antibiotik kullanılması gerekecektir. Kortizon, demir hapı, bitkisel ilaçlar veya herhangi sürekli kullanılan bir ilaç gastroskopi öncesi mutlaka belirtilmelidir. Göz tansiyonu (glokom) olan hastaların çok küçük bir bölümünde hastalık dar açılı glokom tipindedir. Bu grup hastada endoskopi sırasında kullanılan midazolam isimli ilaç sakıncalı olabilir. Göz tansiyonunuz varsa doktorunuzu lütfen öncelikle bilgilendirin. Allerji yaptığı bilinen ilaçlar mutlaka iletilmelidir. Allerji yaptığını düşündüğünüz ilaçların tam adını eski tıbbi kayıtlardan veya yakınlarınızdan lütfen öğrenin. Sadece ‘Pek çok şeye allerjik’ olduğunuzu belirtmek çözüm olmayacaktır.

**GASTROSKOPİ SONRASI DÖNEM**

Boğazdaki uyuşukluk geçmeden, yaklaşık 1 saat süresince ağızdan hiçbir şey alınmaz. Kullanılan ilaçlar sonrası uyuşukluk hissedilmesi ve anlatılanların tam hatırlanmaması veya algılanmaması normaldir. Gastroskopi yapılan bireylerin mutlaka bir refakatçi eşliğinde evine götürülmesi gerekmektedir. Unutmayın işlem sonrası ne kadar iyi olursanız olun yanınızda sizi götürecek biri olmalıdır. İlaçların etkisinin geçeceği ertesi güne kadar motorlu araçlar kesinlikle kullanılmamalıdır. İlaçlar muhakeme gücünüzü etkileyebileceği için iş ve özel hayatınızı etkileyecek önemli kararlar 24 saat süreyle ertelenmelidir. Aynı süre zarfında alkol, yatıştırıcı ilaç, kas gevşetici vb. alınmamalıdır. Gastroskopi sırasında üflenen havanın kalan kısmı nedeniyle hissedilen şişkinlik ağız ve makat yoluyla çıkartılan gaz ile giderek azalır. Gastroskopi sonrası özellikle boğazın tahriş olmasına bağlı yada alınan biyopsiler ve polipler nedeniyle ağızdan çok az miktarda kan gelebilir. Karında şişkinlik ve ağrı hissinin 24 saatten sonra da devam etmesi, kusma, titreme ve ateş yükselmesi, nefes darlığı, makattan yada ağızdan sürekli veya bol miktarda kan gelmesi gibi durumlarda doktorunuzu hemen aramanız gerekmektedir. Herhangi bir şikayetinizin olmaması durumunda da biopsi alınmışsa sonucun konuşulması veya gastroskopi bulgularının tartışılması için lütfen 2-3 iş günü sonrasında doktorunuzla görüşün.

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: . . . . . .

**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

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: . . . . . .

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: . . . . . .