

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 3

**Hastanın Ad-Soyadı:**

**Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin veya Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin Veli / Vasinin**

Adı-Soyadı: ..... Tel. No: .....

**SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ**

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğimiz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Bu formun **HER SAYFASININ** siz veya veli/vasi tarafından imzalanması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR.**

**HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ, İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Trombositten zengin plazma (PRP=plateletrichplasma), kişiden alınan küçük miktardaki kanın özel bir tüpe konularak bir dizi işlemde geçirildikten sonra elde edilen trombositten zengin plazmanın, yine aynı kişiye enjeksiyon yoluyla geri verilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Trombosit denilen kan hücreleri, vücudumuzdaki hasarlı dokuların onarımı ve doğal haline dönüşmelerini sağlamak için gerekli “büyüme faktörlerini” yapısında barındırmaktadır. Eğer dokularımızda herhangi bir hasar olursa bu kan hücreleri, hasarlı dokuya gelerek onarım sürecini başlatırlar. PRP tedavisinde ise normal şartlar altında toplanan trombositlerden daha çok miktarda hücrenin hasarlı dokuda birikmektedir ve böylece onarım süreci hızlı ve güçlü bir şekilde başlamış olur. PRP yöntemi cilt gençleştirme, yara iyileşmesi, saç dökülmeleri ve sivilce izi tedavilerinde kullanılmaktadır. Yöntem: Tedavi için hastadan yaklaşık 20cc kan alınır. Özel bir tüpte santrifüj edilir. Bu işlem sonucu plazma içinde normalden daha fazla miktarda trombosit birikmiş olur. Trombositten zenginleştirilmiş bu plazma, aynı kişiye enjeksiyon yoluyla verilir. Kişinin kendi kan ürünü kullanıldığı için herhangi bir alerjik reaksiyon görülmez. Uygulama 4-6 hafta arayla 3-4 seans yapılmaktadır.


**TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN, NEREDE, NE ŞEKİLDE YAPILACAĞI VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR:**

Ameliyat, hastanemizin uzman doktorları tarafından gerçekleştirilebilir. Tüm ameliyatlar, hastanemiz ameliyathanesinde, ameliyata ve hasta talebine bağlı olarak bölgesel ya da genel (narkoz) anestezi altında yapılmaktadır. Genel anesteziye (narkoz) ait özel riskler ile ilgili olarak, anestezi uzmanı ile görüşebilirsiniz. Ameliyatın uygulanacağı günden önceki gece saat 24.00 'ten sonra hiçbir şey yenilip içilmemeli ancak kronik hastalık nedeniyle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği) kullanılmakta olan ilaçlar ameliyat günü sabahı erken saatte, beraberinde az miktarda su ile içilmelidir.

Ameliyattan önceki 1 hafta boyunca aspirin gibi kanamayı arttıracak ilaçlar kullanılmamalıdır.

Uygulamaya gelirken lütfen iyice dinlenmiş olarak geliniz. Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.

En az üç gün öncesinden; ginkobiloba, kan sulandırıcı ilaçlar, yeşil çay, aspirin ve non-steroid anti inflamatuvar

	<b>PRP (TROMBOSİTTEN ZENGİNLEŞTİRİLMİŞ PLAZMA) TEDAVİSİ AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.10	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

(romatizmal) ilaçlar kesilmelidir.

**UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR**

Uygulama alanına temas edilmemesi Uygulamadan sonra bir gün süreyle banyo yapılmaması Uygulama günü güneşten korunmak(özellikle cilt bölgesi enjeksiyonu için)

**ALTERNATİFLER:**

NSAi • İstirahat • Egzersiz • Fizik Tedavi • Cerrahi ( Gerekliliğine göre)

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR:**

Mevcut şikayetiniz geçmeyebilir, daha artabilir yada geç iyileşebilir. Enjeksiyon korkunuz varsa lütfen doktorunuzla paylaşınız.

**RİSK VE KOMPLİKASYONLAR:**

Kızarıklık, kanama Morluk Enfeksiyon Allerjik reaksiyonlar Yanma, kaşıntı Ödem Ağrı

**KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ:**

Ameliyat sırasında verilen narkoz ilaçlarının akciğer kalp beyin böbrek ve karaciğer gibi organlar üzerinde toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** ortaya çıkabilir.

Ameliyat öncesinde ve sonrasında, tedavi gördüğünüz klinikte verilen ilaçların, ilaca bağlı olarak çok çeşitli toksik (zehirli) etkileri / yan etkileri olabilir. Bu nedenle **ÖLÜM TEHLİKESİ** dâhil olmak üzere birçok etki ortaya çıkabilir.

**SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:**

Sigara, daha kısa ve daha düşük kaliteli bir yaşam süresine neden olur. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

**GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:**

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**

**Planlanan Tedavi Süresi:** Tahmini ..... dakika

**Cerrahi Alan:**

X Uygulanacak Alan:                      X Sağ                      X Sol                      X Bilateral

**ONAY**

- 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.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği 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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

**Bu Belgede Tanımlanan Girişimin / Tedavinin Uygulanmasını:**

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

KABUL EDİYORUM  KABUL ETMİYORUM.

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına:

İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM

- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM

HASTANIN Adı-Soyadı	İmza	Tarih
HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN Adı-Soyadı	İmza	Tarih
HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı):	İmza	Tarih