

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.15	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

### BAŞVURU SAHİBİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

Adı - Soyadı:

Doğum Tarihi:

T.C. Kimlik No:

### Sayın BAŞVURAN

Aşağıdaki açıklamalar size yapılacak işlemler hakkında bilgi verecektir. Riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı açıklama yapılacaktır. Bilgilendirmeyi takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı onayınız alınacaktır.

### Bu formu lütfen dikkatle okuyun

- Gebeliği önleyici etkisi çok yüksektir.
- Uzun süre koruma sağlar.
- RİA çıkarıldığında tekrar gebe kalabilirsiniz. (Doğurganlık hemen geri döner.)
- Sistemik yan etkileri yoktur.
- Cinsel ilişki sırasında hissedilmez ve ağrı yapmaz.
- Emzirme ile etkileşimi yoktur. Emziren anneler de güvenle kullanabilir.
- RİA takıldıktan sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolüne gelmeniz gerekmektedir.
- Rahim İçi Araçların etki süresinin sonunda yenden uygulanması veya çıkarılması için sağlık kuruluşuna gelmeniz gerekmektedir.
- İlk 3-6 ay karnın alt bölgesinde kramp tarzında ağrı yapabilir
- Adet kanamalarında süre ve miktar olarak 2 katına kadar artma yapabilir
- Adet dönemleri arasında lekelenme olabilir
- Uygulama sırasında rahimde delinme riski olabilir (binde birden azdır).
- Uygulanması ve çıkarılması hafif ağırlı olabilir.
- RİA nın kendiliğinden atılma riski vardır. Rutin kontrollere gidilmelidir.

### RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA) UYGULANDIKTAN SONRA

Adet gecikmesi, gebelik kuşkusu, anormal lekelenme ya da kanama, şiddetli karın ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı, aşırı kanama, anormal akıntı, halsizlik, ateş, titreme, olursa kontrol tarihini beklemeden hemen bir sağlık kurumuna başvurunuz.

### BAŞVURU SAHİBİNİN ONAYI

Sağlık personeli tarafından Rahim İçi Araç Uygulaması konusunda detaylı olarak bilgilendirildim. Yapılacak uygulamanın şahsıma ait özel riskleri, yan etkileri ve gerekebilecek diğer girişimler hakkında bütün soruları sordum. Bu işlem sırasında doktorumun kararıyla gerekli görülen diğer ek işlemleri de kabul ediyorum. Kendimi yeteri kadar aydınlanmış ve bilgilenmiş hissediyorum ve Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması için rıza gösteriyorum. **Okudum ve Anladım, Kabul ediyorum.**

**ONAY**

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.15	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

- 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.
- Doktorlarımla 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.

**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