

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.30	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 belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz 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, İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Efor testi, fiziksel aktiviteye karşı kalbinizin performansının kaydırıcıdır. Göğüs ağrısının nedenini araştırma, kalp ritim bozukluklarını değerlendirme ve kapak hastalığınız varsa ameliyat zamanını belirleme gibi birçok alanda kullanılan faydalı bir testtir. Siz bir koşu bandı üzerinde önce yavaş, daha sonra giderek artan eğim ve hızda yürürken kalp ritminiz ve kan basıncınız takip edilecektir. Bu test göğüs ağrınızın, bazı durumlarda çarpıntınızın nedeninin tespit edilmesi ve tedavinin yönlendirilmesi için çok önemlidir.

**Efor testi nasıl yapılır ?**

İşlem 15-20 dakika kadar sürer. Teste başlamadan önce göğsünüze kalp atışlarınızı görüntülemeye yarayan elektrotlar göğsünüze yapıştırılır. Bu elektrotlar sayesinde kalp ritminiz bir kablo yardımı ile monitöre iletilir. Testin başlaması ile yürüyüş bandı hareket etmeye başlar, 3 dakikada bir hem hız hem de eğim arttırarak teste devam edilir. Siz devam edemeyeceğinizi söylediğinizde ya da doktorunuz test sonlandırma kriterleri ortaya çıktığında testi sonlandırır. Kısa bir dinlenme dönemi kayıt alınmaya devam edilir. Test sonucu aynı gün içinde size teslim edilir. Test sonrası günlük yaşamınıza dönebilirsiniz.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILACAK DURUMLAR**

Efor testi, mevcut riskleri yanında yaygın ve güvenle kullanılan bir testtir ve kalp hastalıklarının tanısı ve takibinde çok önemli yer tutmaktadır. Yapılamaması durumunda, hastanın hastalığıyla ilgili yeterli bilgi edinilemeyeceğinden, gerekli olabilecek girişim ve tedavilerin planlanması sağlıklı bir biçimde gerçekleştirilemeyebilecektir.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.30	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 3

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

Bugün egzersiz stres testi kolay uygulanabilir olması ve girişim gerektirmemesi nedeniyle yaygın olarak kullanılan bir testtir. Koroner damar problemlerinin tanısında kullanılan diğer tetkikler ilaç uygulaması ve damarsal girişim gerektirmesi nedeniyle yerine kullanılabilecek başka tetkik bulunmamaktadır.

**RİSK VE KOMPLİKASYONLAR**

Egzersiz stres testi sırasında veya hemen sonrasında, nadir olmakla birlikte, işlemle ilgili sorun ve istenmeyen olaylarla karşılaşılabilir. Test sırasında kalp hızınızda yükselme aşırı miktarda olabilir veya kalp ritminiz bozulabilir. Çok nadir olmakla birlikte kalpte hayati tehdit edecek ritim bozuklukları, kalp krizi geçirme ve ani kalp durması gelişebilir. Tüm bu komplikasyonlara yönelik müdahale için gerekli ekip ve teçhizat laboratuvarımızda bulunmaktadır. İşlem sırasında kan basıncı aşırı yükselebilir veya düşebilir.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:****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.

**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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.30	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 3

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