

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.36	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 5

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.
- 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:

Bu uygulamalar hakkında hastayı bilgilendirmek ve onayladığı veya onaylamadığını belirlemek için aşağıdaki onam belgesi düzenlenmiş, bizzat kendileri tarafından bilinerek ve okunarak imzalanmıştır.

1. Ben/Biz, hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan , tamamen kendi özgür irademle/irademizle hastalığım/hastamızın başvuru sebebi olan yakınmalarının değerlendirilmesi, gerekli görülen muayene ve incelemelerin hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapılması, gerekli sonuçların alınabilmesi ve uygun görülen uygulamaların serbestçe yapılabilmesi için bir eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu bildiğim/bildiğimiz “Özel Ordu Sevgi Hastanesi Uzman Doktorları ile birlikte Kulak-Burun-Boğaz Kliniği’ni” yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum/ediyoruz.
2. Doktorlar bana/bize, sağlık durumumla/ hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak hastalığın ne olduğu, sebepleri, rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi seçenekleri, teşhis ve tedavi işlemleri sırasında olabilecek beklenen veya beklenmeyen, az ya da çok tehlikeli ihtimalleri anlatmışlar, bizi bilgilendirerek rızamın/rızamızın olup olmadığını sormuşlardır. Ben/Biz tamamen kendi rızam/rızamız ve talebim/talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğini anladım/anladık ve kabul ediyorum/ediyoruz.
3. İlk başvuruda, sağlık durumum/hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, hatta farklı kliniklerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor, gerekli görüldüğünde yapılmasını talep ediyorum/ediyoruz.
4. Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak her türlü teşhis yöntemleri ile ameliyatlara da dahil tüm tedavi uygulamalarının gerekli görülmesi halinde tamamlanamayabileceğini veya birden fazla seansa bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlara halinde yapılabileceğini ya da hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum/onaylıyoruz.
5. Yapılacak uygulamaların, sağlığımla/ hastamızın sağlığıyla ilgili tüm hastalık ve normal dışı durumları/hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, bu başvuruda bulunmama/bulunmamıza sebep olan halen mevcut, veya şuan farkında olduğum/olduğumuz ya da olmadığım/olmadığımız her türlü hastalık ya da normal dışı durumlar için doktorlarım tarafından önerilen tedavi yöntemlerinin tam şifa garantisi taşımadığını; uygulamalar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabilecek daha önceden var olmayan, teşhis ya da tedavi uygulamalarının sonuçlarına

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.36	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 5

bağlı olabilecek yeni hastalık/normal dışı durumlar ile bunların yan etki, risk, sekel ve komplikasyonlarını(tanı veya tedavi girişimleri sırasında veya sonrasında ortaya çıkan normal dışı durumlar) biliyor ve kabul ediyorum/ediyoruz.

6. Teşhis ve uygulamalar sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, genel vücut taraması(sintigrafi,PET) bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans(MR), vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; bu yöntemler sırasında röntgen, radyoizotop/nükleer enerji, kısa ve uzun dalgalı ışınımara maruz kalılabileceği, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması, kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik ya da uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, gerekli görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum/onaylıyoruz.
7. Uygulamalar sırasında kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sorunlar, sarılık ve AIDS dahil, erken ya da geç dönemde tesbit olunabilecek bulaşıcı hastalık risklerinin var olduğunu biliyor, idrak edip rıza gösteriyor, gerekli görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum/ediyoruz.
8. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana/hastamıza uygulanabilecek bölgesel(lokal) anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin ek bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, sinir sistemi zararları, baş ağrısı, ilaç yan etki ve reaksiyonları, ciltte alerjik döküntüler, ateş, titreme, ağız çevresinde uyuşukluk ve karıncalanma, ağızda metalik tad, çınlama, yüzde çekilmeler, tansiyon düşüklüğü, solunum zorluğu ve durması, kalp atımında yavaşlama, ani kalp durmaları ve ölümü içerdiğini biliyor/biliyoruz. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve bölgesel(lokal) anestezi yapılmasını onaylıyorum/onaylıyoruz. Genel anestezinin de risklerinin olduğu, bu konuda anestezi uygulamasını yapacak olan "Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı"ndan ayrıntılı bilgi almam/almamız ve hazırlanmış ayrı onay formunu imzalamam/imzalamamız gerektiğini kabul ediyorum/ediyoruz.
9. Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak hastalık bölgesi ya da operasyon bölgesine, vücudumun/hastamın vücudunun bir başka yerinden organ yada doku parçalarının alınabileceğini; ya da vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerinin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, mikrop kapabileceğini(enfekte olabileceğini) ya da beklenen fonksiyonları göstermeyebileceklerini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyor/biliyoruz; Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ek risk ve tehlike içerdiğinin farkında olarak onay veriyorum/veriyoruz.
10. Tedavi olunmaması durumunda hastalığımın/hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği ve karşılaşılabilecek her türlü sonuç bana/bize anlatılmıştır. Bunların hepsini anladım/anladık.
11. Ameliyat öncesinde çeşitli vücut sistemlerinde (kalp, dolaşım, solunum, sindirim, sinir, hormonal, kas, iskelet sistemi, vs.) mevcut olan ya da ameliyat öncesi tetkiklerde ortaya çıkan çeşitli hastalıkların ameliyatın vücuda yükleyeceği genel stres nedeniyle ameliyat sırasında veya ameliyat sonrasında artış gösterebileceği, bu durumda bazı ek tedaviler gerekebileceği, yapılan tedavilere rağmen bazılarının hayati tehlikeler yaratabileceği, ameliyat öncesi yapılan ve çeşitli vücut sistemlerinin (kalp, dolaşım, solunum, boşaltım, sindirim, sinir, kas ve iskelet sistemleri vs.) durumunu incelemeye yönelik tahlillerde, ameliyatımı engelleyecek önemli bir anormallik olmasa bile ameliyat sırasında veya sonrasında bu sistemler ile ilgili ciddi olabilen yetmezlik durumları oluşabileceği, bunların çeşitli tedavileri olduğu, yoğun bakıma ve solunum cihazına ihtiyacım olabileceği ancak bu tedavilere rağmen bazılarının hayati tehdit edebileceği,
12. Ameliyat sırasında veya sonrasında önemli damarlardan şiddetli kanamalar oluşabileceği, bu durumda söz konusu damarlara yönelik ek cerrahi girişimler gerekebileceği, buna bağlı olarak felç, körlük, vs. gibi kalıcı sekellerin gelişebileceği, yapılan tedavilere rağmen oluşabilecek beyin hasarı veya kan kaybına bağlı şok gelişip hayati tehdit edebileceği, ameliyat sırasında dolaşım sistemine hava kaçabileceği (hava embolisi) kaçan havanın vücudun hayati organlarını (kalp, beyin, akciğerler, barsak, karaciğer, vs.) besleyen damarlarını tıkayarak hayati tehlike yaratabileceği veya felç, körlük, vs. gibi kalıcı sekeller yaratabileceği,
13. Ameliyat sonrasında operasyon yerinde iltihaplanma oluşabileceği (yara enfeksiyonu), bu durumda cerahati boşaltmaya ve iltihaplanmayı tedaviye yönelik bazı ek cerrahi işlemler ile tedavilerinin gerekebileceği ancak bu tedavilere rağmen mikrobik şok (septik şok) gibi bazı ciddi durumların gelişebileceği ve hayati tehlike yaratabileceği,
14. Ameliyat sonrasında ameliyat yeri cildinde bölgesel beslenme bozuklukları gelişebileceği ve bunlara bağlı olarak

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.36	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 5

bölgesel cilt dokusu kayıpları (lokalize cilt nekrozu) oluşabileceği, bu nedenle oluşan cilt defektlerinin kapatılması için ikincil operasyonlar gerekebileceği, ayrıca ameliyat yeri cildinde kalıcı nedbe dokusu ve görüntü değişikliği gelişebileceği,

- 15.** Ameliyat sonrasında antibiyotik ve ağrı kesici gibi ilaçlar verilebileceği, bu ilaçlara bağlı başta allerji olmak üzere çeşitli yan etkilerin görülebileceği, bunların bazen ilacın kesilmesinin veya değiştirilmesini gerektirebileceği, bazen de alerjik şok gibi hayatı tehdit eden durumlar geliştirebileceği, bunun için ek tedavilerin gerekebileceği, bu tedavilere rağmen hayati tehlikenin oluşabileceği,
- 16.** Uzun süreli ameliyatlarda sırasında idrar sondası takılacağı, bunun bir iki gün içinde çıkarılacağı, çıkarıldıktan sonra geçici idrar zorluğu, idrar yollarında kanama ve iltihaplanma vs. gibi durumlar oluşabileceği, bunlar için ek tedaviler yapılmasının veya yeniden sonda takılmasının gerekebileceği, anlatıldı. Bunların hepsini anladım/anladık.
- 17.** Bazı ağız boğaz veya boyunda yapılan operasyonlardan sonra burundan yemek borusuna besleme sondası konarak ameliyat sonrasında bu sondadan besleme yapılacağı, bir süre sonra bu sondanın alınmasının planlandığı, yutak dikişlerinde bir sorun olursa bu sondanın çekilmesinin gecikebileceği hakkında bana/bize bilgi verildi. Bunların hepsini anladım/anladık.
- 18.** Yukarıda belirtilen maddelerde sayılan yan etki, risk, sekel ve komplikasyonlara ek olarak;
 - a. Kulak ameliyatları sırasında veya sonrasında kulak kepçesinde iltihaplanma, şişlik, ağrı, dış kulak yolu tıkanması, kulak akıntısı, kulaktan kan gelmesi, geçici veya kalıcı yüz felci, işitme kaybı oluşması, mevcut işitme kaybının düzelmemesi veya artması, baş dönmesi ve kusma, geçici veya kalıcı kulak çınlaması, iç kulaktan sıvı sızıntısı, iç kulak iltihaplanması ve kalıcı sağırılık oluşması, kulak zarında geçici veya kalıcı delik, kireçlenme, orta kulak sıvısının toplanması, menenjit, beyin ve/veya beyincik apsesi, kafa içi damarlarda pıhtılı iltihap oluşması gibi durumlar gelişebileceği, bunlar için ek tedaviler gerekebileceği, buna rağmen bazılarının hayatı tehdit edebileceği, bazılarının ise hayat boyu kalıcı hale gelebileceği hakkında bana/bize bilgi verildi. Verilen bilgileri anladım/anladık.
 - b. Yüz, burun ve sinüs ameliyatlarından sonra koku alma bozukluğu, göz çevresinde şişlik, göz hareketlerinde kısıtlılık, göz küresinin içeri çekilmesi, görme bozuklukları veya körlük, yüzde şişlik ve görünüm bozukluğu, burundan beyin-omurilik sıvısı sızıntısı olması, menenjit, beyin apsesi, burun kanaması, burun bölmesinde apse ve/veya delinme, burun sırtında ve/veya ucunda çökme, burun içinde yapışıklık veya kabuklanma, burunda şekil bozukluğu, şişlik, morarma, burun tıkanıklığı, burun ve/veya sinüs boşluğu ile ağız boşluğu arasında irtibat açılması gibi durumlar oluşabileceği, bunlar için ek tedaviler gerekebileceği, bazılarının hayatı tehdit edebileceği, bazılarının hayat boyu kalıcı hal alabileceği bana/bize anlatıldı. Anlatılanları anladım/anladık.
 - c. Dudak ağız boşluğu ve/veya boğaz ameliyatlarında veya sonrasında, yutma güçlüğü, gıdaların nefes borusuna kaçması, dudaklarda görünüm ve/veya hareket bozukluğu, ağız açma ve kapama hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı yumuşak damak hareketlerinde bozukluk, gıdaların genize kaçması veya burundan gelmesi, ağız boşluğu veya boyunda apse gelişmesi, dil hareketlerinde kısıtlılık, ses ve konuşma değişiklikleri, tükrük bezleri kanallarında daralma, tıkanma, taş gelişmesi, bazı dişlerin yerinden oynaması, çıkması veya kırılması, uyuşukluk, operasyon yerinden ciddi kanamalar gibi durumlar gelişebileceği, bunun için ek tedaviler gerekebileceği, bunların bazılarının hayatı tehdit edebileceği, bazılarının ise hayat boyu kalıcı hal alabileceği bana/bize anlatıldı. Bunların hepsini anladım/anladık.
 - d. Boyun bölgesinde yapılan ameliyatlarda sırasında veya sonrasında yutma güçlüğü, yenilen gıdaların nefes borusuna kaçması, yemek borusunda tükrük sızıntısı olması, dudak hareketlerinde bozukluk, yüz felci ve/veya boyunda şişlik, görünüm bozukluğu, omuz hareketlerinde kısıtlılık, dil hareketlerinde kısıtlılık, derin boyun iltihabı, kanama, göğüs kafesine hava kaçması, akciğerlerde bölgesel sönme veya çökmeler, hava yolu tıkanması, soluk borusuna delik açılması, ses değişiklikleri, nefes kaybı, ses teli felçleri kanama gibi durumlar gelişebileceği, bunlar için ek tedaviler gerekebileceği, buna rağmen bazılarının hayatı tehdit edebileceği bazılarının ise hayat boyu kalıcı olabileceği bana/bize anlatıldı. Anlatılanların hepsini anladım/anladık.
- 19.** Yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, ya da dokunun, ya da görüntülerinin yada bunlardan üretilecek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yetki ve onay veriyorum/veriyoruz.
- 20.** Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuduk(okuma bilmediğimiz için bize anlaşılır bir şekilde

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.36	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 5

okundu/tercüme edilerek bana/bize izah edildi). Gerek başvurum/başvurumuz sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumum/hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak bana/bize her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikeleri anlatıldı ve gerek bu belgede yazılı olanlar ve gerekse sorularımıza aldığımız cevaplar ile yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgiler aldım/aldık. Bu nedenle hiçbir baskı altında kalmadan, özgür iradem/irademizle tetkik ve tedavimle ilgili gerekli görülen tüm işlemlerin yapılmasına anlatılan tüm yan etki risk, sekel ve komplikasyonların bilincinde olarak onay veriyorum/veriyoruz.

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**

HASTANIN Adı-Soyadı	İmza	Tarih
HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN Adı-Soyadı	İmza	Tarih

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.36	01.01.2019	0	-	Sayfa 5 / 5

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİ YAPAN HEKİMİN Kaşesi (Adı Soyadı):	İmza	Tarih