

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-74 Yayın Tarihi :10.09.2009
	ESWL UYGULAMALARI ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/5

Hasta Adı Soyadı :

Protokol:

Tarih :

Sağlık durumunuz ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.

Bu belgede geçen hususları tam olarak anlamanız önemlidir. Belgenin yazılma amacı sizi korkutmak veya yapılacak olan uygulamalardan uzaklaştırmak değildir. Bu belge yapılacak uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi kayıt altına almak için düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

Ben/Bizhiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere,Hastanes'in de asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Doktorlar bana, rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler.

Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemin kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktorlar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyorum; idrak, rıza ve talep ediyorum.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-74 Yayın Tarihi :10.09.2009
	ESWL UYGULAMALARI ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :2/5

Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik fizik tedavi, enjeksiyon ve ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini, uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları (teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar) biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin (bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar) var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek fizik tedavi, enjeksiyon, bantlama, anestezi vb yöntemlerin ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum.

Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-74 Yayın Tarihi :10.09.2009
	ESWL UYGULAMALARI ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :3/5

Tedavi olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, uygulama bölgesinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi (ödem), sara krizi (nöbet), geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona balı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

Ekstrakorporeal Şok Dalga (ESWT) vücut dışında oluşturulan güçlü ses dalgalarının bir başlık yardımıyla vücudun istenilen bir bölgesinde odaklanmasına dayanan tedavi yöntemidir. Şok dalgaları yüksek basınçlı ses dalgalarıdır. Böbrek taşıyı kırmak amacıyla geliştirilen bu tedavi şekli topuk diken, tendinit, tenisçi ve golfçü dirseği gibi rahatsızlıklarda kullanılmaktadır. ESWT'nin yan etkisi olarak uygulama bölgesinde geçici hafif bir kızarıklık, hafif şişlik, uygulama esnasında ağrı ve küçük çaplı kanamalar (peteşiler) görülebilir. Bu komplikasyonların 1-2 gün içerisinde düzeldiği bildirilmiştir. Bu kızarıklık ve ufak çaplı kanamalar herhangi tedavi gerektirecek düzeyde olmayıp, kendiliğinden geçmektedir. ESWT'nin uygulama süresi 3-5 dakika sürmekte, genellikle 3-5 seansta sonuç alınmaktadır. Hastalar her tedavi uygulama sonrası günlük işlerine devam edebilirler. ESWT tedavisinin uygulanmasında sakıncalı durumlar: Uygulama bölgesinde yeni gelişmekte olan kemik oluşumları, kanser, ateşli hastalık, verem gibi hastalık mevcudiyeti, kanama bozuklukları, uygulama bölgesinde yeni kırık, açık yara ve metal varlığı ve gebelik olarak sayılabilir.

Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, tarafıma uygulanacak haftada 1 kez olmak üzere 3 seans, 3 hafta süreyle) frekans ayarı 10 Hz, 2500 atım şeklinde Ekstrakorporeal Şok Dalga (ESWT) tedavisi girişimiyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum veya okuma/dil bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-74 Yayın Tarihi :10.09.2009
	ESWL UYGULAMALARI ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :4/5

fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dahil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Onay verenin; Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Şahit (varsa) imzası:

Ben Dr.....Hastaya hastalığı ve uygulanacak işlemlerle ilgili gerekli bilgileri verdim. Hastanın bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.

İmza:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-74 Yayın Tarihi :10.09.2009
	ESWL UYGULAMALARI ONAM FORMU	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :5/5