

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-833
	OBEZİTE TEDAVİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :01.11.2024 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1 / 3

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
Tarih : Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, Obezite Merkezi hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve doktor/uzman doktorlarını yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER

Obezite-şişmanlık (dünyada yaygın görülen sağlık sorunlarından. Hastanın kilosunun boyunun karesine bölünmesi ile bulunan bir değer olan vücut kitle indeksinin belirli standartların üzerinde olması durumudur. Obezite tedavi ve hastalığın kontrolü amacıyla kullanılan ilaçları, cerrahi müdahaleleri ve rehabilitasyon uygulamalarını içerir. Hasta tedavilere ve diyetine uymakla yükümlüdür.) şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatifleri ayrıntılı olarak açıklandı. Tedavi imkanlarının sınırlı olduğunu ve rehabilitasyon uygulamalarının mevcut kapasitemi en üst düzeye çıkarmak amacıyla planlandığı belirtildi. Tam veya kısmi iyileşme sözü verilmemiştir. Hastalığın gidişatı gereği durumun kötüleşebileceğini anlatıldı. Hastalık ile ilgili durumun kötüleşmesi durumunda hiçbir şekilde tedavimi veya tedavimi yapan ekibi sorumlu tutmayacağımı belirtirim.

Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olunmadığı soruldu. 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 biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-833
	OBEZİTE TEDAVİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :01.11.2024 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 2 / 3

RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR

Tarafıma uygulanacak İLAÇ, FİZİK TEDAVİ VE RAHABİLİTASYON, EGZERSİZ, BANTLAMA, ENJEKSİYON, YARDIMCI CİHAZ girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek DÜŞME, KIRIK, YANIK, KİLODA ARTIŞ, KİLO KAYBI SAĞLANAMAMASI, AĞRIDA ARTIŞ, ALTTA YATAN HASTALIKTA KÖTÜLEŞME, KAN DEĞERLERİNDE BOZULMA, NÖROLOJİK DURUMDA BOZULMA, TEDAVİDEN FAYDA GÖREMEME, ENJEKSİYON BASINÇ YARASI VE DİĞER YARALANMALARI, NEFES DARLIĞI, GÖĞÜS AĞRISI, SIKINTI HİSSİ, ALERJİK YAN ETKİLER; İLAÇ YAN ETKİLERİ; BİLİNÇ KAYBI, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, UYKU BOZUKLUĞU, ATEŞ, DAMARLARDA PIHTI, SOLUNUM YETMEZLİĞİ, KALP YETERSİZLİĞİ, KALP KRİZİ BENZERİ ÖLÜMCÜL DURUMLAR VE ÖLÜM gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla kabul ve talep ediyorum.

Obezite durumunda tam şifa sağlanamayabileceğini; uygulanabilecek mevcut tedaviler sonucunda dahi yatağa, tekerlekli sandalye veya yardıma bağımlı kalabileceğimi, kontrol muayenesi için dahiliye/endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman tabibine, kardiyoloji uzman tabibine, cerrahi açısından ilgili cerrahi bölüme yönlendirileceksiniz.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....

.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Hekim Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

HASTA ONAMI

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde de hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu, hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi, baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizi beyan ederiz.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-833
	OBEZİTE TEDAVİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :01.11.2024 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 3 / 3

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazında sağlığının üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum. Hasta Adı Soyadı :

Tarih/Saat :

İmzası : veya

Hasta Vasisi/Yakınının Adı Soyadı:

Tarih/Saat : Adı Soyadı :

İmzası : (Yakınlığı.....)

Tercüman Adı Soyadı:

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı :

Tarih/Saat:

İmzası: