

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-06 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :03 Revizyon Tar.:31.10.2019 Sayfa No :1/3
	HASTA KABUL VE YATIŞ ONAM FORMU	

Adı Soyadı :..... T.C.Kimlik No :.....
Cinsiyeti/Yaşı:..... Protokol No :.....
Geliş Şekli :..... Geliş Tarihi/Saati :.....
Mesleği :..... Medeni Hali :.....
Adres :.....
.....

Telefon Ev :..... Cep:.....
Yakının Telefonu : (Acil Durumda Ulaşılamaması Halinde):
Hastanın Yattığı Bölüm:.....
Hastayı Yatıran Doktor:.....
Hastanın Teşhisi :.....

1-Doktor.....'ın yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında hastaneye yatarak, hastalığım veya tıbbi durumum için uygun, gerekli tanısal girişimler ve tıbbi tedavilerin, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulamalarına yetki veriyorum. Yapılacak olan tanısal işlem ve tedavilerin amaçları, alternatif tedavi yöntemleri, olası risk ve komplikasyonları açıklandı ve sorularım yanıtladı.

2-Ben/Bizhiç bir baskı ve yönlendirme olmadan tamamen kendi özgür irademle başvuru sebebim/sebebiz olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görüldüğü muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun görüldüğü uygulamaları yapmak üzere .Dr.....yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını kendisinden talep ediyorum.

3-Doktorum Dr.....bana/bize, sağlık durumumla/hastamızın sağlık durumuyla ilgiliolarak ifade edilebilecek bir rahatsızlık olduğunu anlatmış olup, bu belgede 15 madde olarak sıralanmış olan ifadelerden çok daha geniş olarak hastalığımın ne olduğu, sebepleri, rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi alternatifleriyle, gerek teşhis ve gerek tedavi işlemleri sırasında olabilecek beklenen ve beklenmeyen, az ya da çok tehlikeli ihtimalleri saymış, beni/bizi bilgilendirmiş ve rızam/rızamız olup olmadığını sormuştur. Ben /Biz tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğini anladım/anladık, idrak ve kabul ediyorum/ediyoruz.

4-İlk başvuruda, sağlık durumumla/hastamızın durumuyla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak hastane/ doktor ve diğer tıbbi uygulayıcılarca, farklı tanımlara varılabileceği, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, hatta farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini, gerekli görülmesi halinde ayrı bir onaya gerek kalmaksızın tedavimin/hastamızın tedavisinin kısmen ya da tamamen yoğun bakım şartlarında ve hatta yaşam destek ünitesine bağlı olarak sürdürülebileceğini biliyorum/biliyoruz, idrak, rıza ve talep ediyorum/ediyoruz.

5-Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan ve reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken ya da geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum/biliyoruz; idrak ve rıza gösteriyor; ve lüzum görülmesi durumunda

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-06 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :03 Revizyon Tar.:31.10.2019 Sayfa No :2/3
	HASTA KABUL VE YATIŞ ONAM FORMU	

kullanılmasını talep ediyorum/ediyoruz.

6-Uygulamanın tamamı ya da bir parçası olarak **damar içi (intravenöz) enjeksiyon uygulanabileceğini, uygulama sonucu** iğne girerken ve işlemden sonra ağrı, işlem yapılan yerde morarma, iğnenin damar dışına çıkması, ilacın deri altında ve damar etrafındaki yapılarda birikmesi, iğne yeri etrafında kan toplanması, mikrop kapma sonucu damar boyunca ağrı, kızarıklık, şişlik gelişmesi, damarın iltihabı veya içinde pıhtı gelişmesi, iğnenin atardamara girmesi, damar içine hava girmesi ve hava tıkaçı oluşturması, yapılan ilaca karşı alerji veya alerjik şok gelişebileceğini biliyorum/biliyoruz; ; bu uygulamanın genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum/veriyoruz.

7-Uygulamaların tamamı ya da bir parçası olarak vücuduma/hastamızın vücuduna, vücudun bir başka yerinden organ ya da doku parçalarının alınabileceğini; ya da vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/ malzemelerin kullanılabileceğini; enfekte olabileceğini ya da beklenen fonksiyonları göstermeyebileceklerini ya da vücut tarafından reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini ya da beklenen fonksiyonları göstermeyebileceklerini, tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatlara gerekli olabileceğini biliyorum/biliyoruz; bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum/veriyoruz.

8-Yapılacak uygulamaların, sağlığımla/hastamızın sağlığıyla ilgili tüm patolojilere/ hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, hastane ve doktorlar tarafından bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut, veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık ya da patolojik durumum/hastamızın durumu için tam şifa garantisi verilmediğini, uygulamalar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan yeni ve teşhis ya da tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumlarının ve komplikasyonların olabileceği bana/bize anlatıldı, biliyorum/biliyoruz, idrakındayım/idrakındayız, kabul ediyorum/ediyoruz.

9-Bu başvuruyla ilgili olarak yapılacak her türlü teşhis ya da ameliyatlara da dahil tedavi uygulamalarının gerekli görülmesi halinde tamamlanamayabileceğini veya birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlara halinde yapılabileceğini ya da hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum/onaylıyoruz.

10-Tedavi olmamam/hastamızın tedavi olmaması durumunda karşılanabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğim kansızlık/ anemi, menenjit dahil olmak üzere mikrop kapma/enfeksiyon, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması ameliyat yerinde ya da ameliyat yerinden uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku ödemi, sara krizi, geçici ya da kalıcı organ ya da sistem fonksiyon bozukluğu, iflası ya da ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin hafif rahatsızlık, kesi-fonksiyon bölgesinde uyuşukluk hissi ya da kalıcı nedbe/skar izi ya da kemik çıkarılması- eklenmesi sonucu kafada, kollarda ya da bacaklarda ya da vücutta şekil bozukluğu, ameliyat ya da vücutta şekil bozukluğu, ameliyat ya da fonksiyon yerinden beyin suyu gelmesi, baş ağrısı ya da uzun süreli/kronik ağrı, ses teli felci sonucu geçici ya da kalıcı ses kaybı, yüz, kaş, diş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar veya büyük abdest kontrolüyle ilgili, ya da kişilikle ilgili geçici ya da kalıcı fonksiyon kaybı, bir doku ya da organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme ya da ömür boyu ilaç yada hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması ve uygulamalar sırasında pozisyon vermeye bağlı kısa ya da uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyorum. Ve bu riskleri kabul ediyorum.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-06 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :03 Revizyon Tar.:31.10.2019 Sayfa No :3/3
	HASTA KABUL VE YATIŞ ONAM FORMU	

11-Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana/hastamıza uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurilik anestezi ya da genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun ya da sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümü içerdiğini biliyorum/biliyoruz. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum/onaylıyoruz.

12-Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerjili, kısa ve uzun dalgalı ışınımara maruz kalabileceğimi/hastamızın kalabileceğini; röntgen, radyoizotop/nükleer enerjili, kısa ve uzun dalgalı ışınımara maruz kalabileceğimi/hastamızın kalabileceğini, bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve 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, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum/onaylıyoruz.

13- Sağlığım/hastamızın sağlığı ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ ya da dokunun, ya da görüntülerinin ya da bunlardan üretilecek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, ya da üretilmesine itiraz hakkım/hakkımız olduğunun bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum/veriyoruz.

14-Bu yazılı belgenin tamamını net bir şekilde okudum/okuduk. Okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana/bize okundu./Tercüme edilerek bana/bize izah edildi. Gerek başvurum/başvurumuz sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla/ hastamızın sağlık durumuyla ilgili olarak bana/bize her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehditlerinin olup olmadığı anlatıldı ve bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma/sorularımıza aldığım cevaplar ile bana/bize sağlığım/hastamızın sağlığı ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum/veriyoruz.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER:

.....
.....

Hasta Adı Soyadı :

İmza :

Tarih/Saat :/.....

Hasta Yakını

Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih/Saat :/.....

Doktor :

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih/Saat :/.....