



KAN VE KAN BİLEŞENLERİ NAKLİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Dokuman No	TRF.RB.01
Yayın Tarihi	21.10.2013
Rev.No	02
Rev.Tarihi	23.01.2019
Sayfa No	1/1

Hastanın Adı Soyadı:

Dosya Numarası :

Konu hakkında bilgilendirilmek istemiyorsanız; lütfen alt satıra el yazınız ile "Konu hakkında bilgilendirilmek istemiyorum" yazınız.

Doktorum / hastamın doktoru bana / hastama kan ve kan bileşenleri nakli yapılmasının hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceğini bildirdi.

Kan ve Kan bileşenleri (ek olarak lökositten arındırılmış, ışınlanmış, yıkanmış şekilde) :

- Tam Kan,
- Eritrosit süspansiyonu
- Taze donmuş plazma
- Trombosit süspansiyonu ya da kriyopresipitat olabilir.

Bu nakil işleminin sağlayabileceği yarar ve riskler ile alternatif tedaviler açıklandı. Kan ve kan bileşenlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen bana / hastama öngörülemez çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel ya da kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini; bu reaksiyonların genellikle hafif veya orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır ağır seyredebileceğini; bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen ölümcül de olabileceğini, hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim. En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan bileşenleri nakli ile bazı virusların (AIDS, hepatit virusları; Hepatit B, Hepatit C gibi) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

Kan ve kan bileşenleri nakli ile ilgili soru sorma fırsatım oldu. Vermiş olduğum bu "Bilgilendirilmiş Onay" hastaneden taburcu olana dek geçerlidir ***

Kendime / hastama kan ve kan bileşenleri nakli konusunda bilgilendirildim, Transfüzyon yapılmaması durumunda ne olabileceği, varsa alternatif medikal işlemler, bunların öngörülen yararları, riskleri, komplikasyonları hekimin tarafından anlatılmıştır. Ayrıca yazılanları / anlatılanları anladım.

ONAYLIYORUM

ONAYLAMİYORUM

Tarih:...../...../..... Saat:.....

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE; Hastanın Adı Soyadı:..... Adresi:..... Telefon Numarası:..... İmza:	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE; Yasal Temsilcisi*(Vasi ya da Veli) Hasta Adı Soyadı:..... Adresi:..... Telefon Numarası..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit**: Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit**: Adı Soyadı:.....

* Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerinde ise bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk).

**Hastanın bilgilenecek istemediği durumlarda kendi el yazısı ile "bilgilenecek istemiyorum" ibaresini bu formun altına yazarak imzalaması gereklidir.

*** Hastanın/ hasta yakınının istediği zaman kan ürünleri nakli için olan onayını iptal etme hakkı vardır. Böyle bir durumda hastanın yeni bir onay formunu imzalaması gereklidir.

****Hasta yattığı sürede farklı zamanlarda yapılacak olan her transfüzyon için ayrı onay formu imzalatılır.