

ANNE/BABA/ VELİ'SİNİN DİKKATİNE;

Bu belgenin amacı, sizlere Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi'nde yapılacak fototerapi tedavisi hakkında karar verebilmeniz için, bebeğinizin sağlık durumu, önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin tanımı, gerekliliği, riskleri, diğer tedavi seçenekleri ve tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz durumlar hakkında bilgi vermektir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Bebeğinizin sağlık durumuna göre hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul edebilir ya da etmeyebilirsiniz.

Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Sayın bebek yakını; Bebeğinize Yenidoğan Sarılığından dolayı fototerapi yapılmasını uygun görüyoruz.

Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız.

Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilenenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır. Tedavi süresince ciltte hafif kızarıklık, yanma olabilir, kızgınlık, mide bulantısı oluşabilir. Bugüne kadar gözlenmemiş fakat bebeğinizde şikayet oluşturabilecek yan etkiler ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda doktorunuzu bilgilendireceğiz. Tedaviyi kuvöz içinde kapalı ortamda alacaktır. Kuvöz içinde herhangi bir problem olursa bebeğiniz hemen dışarı çıkarılacaktır. Tedavi süresince bebeğinizin bebeğinizin cinsel organı ve gözleri kapatılıp zararlı ışıklardan korunacaktır. Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Fototerapi bilirubin düzeyleri riskli seviye altına düşene kadar uygulanacaktır.

Bu tedaviyi reddedebilirsiniz. Tedavi isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz. Fototerapi uygulama esnasında bebeğiniz en az bir hemşire tarafından sürekli gözlem altında tutulacaktır.

Hastanıza yapılacak tedavileri kabul etmediğiniz takdirde bebeğinizde ciddi kalıtsal rahatsızlıklar kalabileceğini, erken tanı ve tedavi uygulanmazsa bazı rahatsızlıkların geri dönüşü zor olan başka rahatsızlıklar doğurabileceğini unutmayınız.

Hastanemizde yapılacak tetkik-tedavi ve bakım ile ilgili bu bilgiler hastaya açıkça anlatılmıştır.

Bu formu okuduktan ve doktorlarımızla konuştuktan sonra bu formun altına attığım imzam ile aşağıdakileri beyan ederim;

Kendi isteğimle doktorlara ve sağlık ekibinde yer alan diğer sağlık çalışanlarına yukarıda anlatılan girişimleri uygulama yetkisini ve onayını veriyorum.

Kullanılacak Cihaz/İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğumuz süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak cihaz/ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavi sonrasında yaşam tarzı için yapılması gerekenleri (besleme, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu vb) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93



FOTOTERAPİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YDY.RB.05
Yayın Tarihi:	01.11.2018
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	2/2

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi sürecinizde oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....
.....

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

YASAL TEMSİLCİSİ
Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Yakınlık Derecesi:..... Adresi. Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: