



ELEKTROKOTER TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

| | |
|--------------|------------|
| Dokuman No | YÖN.RB.08 |
| Yayın Tarihi | 03.07.2013 |
| Rev.No | 01 |
| Rev.Tarihi | 20.09.2016 |
| Sayfa no | 2/1 |

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz

.....Hastalığınızdan ötürü size elektrokoter tedavisi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde yapacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilendirilmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız. Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından elektrokoter tedavisi uygulanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Bu işlem, doktorunuzun tanısını koyduğu lezyonu, lokal anestezi madde ile uyuşturulduktan sonra, yakma işlemi ile kesilerek veya yakılarak uzaklaştırmak amacıyla yapılmaktadır.

KOMPLİKASYONLAR: Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi, bu işlemde de bazı komplikasyon riskleri mevcuttur. Uygulanan anestezi maddeye bağlı allerjik reaksiyonlar, kanama, yara yeri enfeksiyonu, iz kalması, lezyonun tamamen çıkarılmayıp kısmen sebat etmesi ya da tekrarlaması, işlem sırasında veya sonrasında ağrı, işlem bölgesine komşu doku ve organlarda kısmi hasar gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

İŞLEMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR: Öncelikle aspirin ve coumadin gibi pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere kullandığınız tüm ilaçları, mevcut sistemik hastalıklarınızı, vücudunuzda kalp pili ve ameliyatla takılmış platin gibi metallerin olup olmadığını işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildiriniz.

İŞLEM SONRASI HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR: Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. Pansuman veya kontrol amacıyla verilen randevularınıza mutlaka geliniz.

Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

İşlemin Tahmini Süresi : 30 – 45 dakikadır.

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

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) 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

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

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

.....
.....

ELEKTROKOTER TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

| | |
|--------------|------------|
| Dokuman No | YÖN.RB.08 |
| Yayın Tarihi | 03.07.2013 |
| Rev.No | 01 |
| Rev.Tarihi | 20.09.2016 |
| Sayfa no | 2/2 |

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

| HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE | HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE; |
|--|---|
| Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza: | Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza: |
| Doktor Adı Soyadı:..... İmza: | Doktor Adı Soyadı:..... İmza: |
| Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: | Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: |