

KRİYOTERAPİ TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.174
Yayın Tarihi:	03.07.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	1/1

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 kriyoterapi tedavisi başlanmasını 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 bilgilendenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından kriyoterapi tedavisi uygulanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Tıbbi tüm girişimlerde olduğu gibi bu işlem de bazı potansiyel risklere sahiptir. Uygulama esnasında ağrı duyabilirsiniz. Ağrıya bağlı olarak tansiyonunuzun düşmesi durumunda gerekli olan tıbbi müdahale doktorunuz tarafından yapılacaktır.

İşlem sonrasında ilk 24 saat içinde uygulama bölgesinde su veya kan toplanması görülebilir. Doktorunuz tarafından verilmiş olan kremi bu bölgeye uygulayınız.

Bunların dışında işlem sonrasında yara yeri enfeksiyonu ve ağrı geliştirebilir, ciltte renk değişiklikleri ve his kayıpları görülebilir, skarlar sonuçlanabilir.

Kriyoterapi uygulaması bazen birkaç seans tekrar gerektirebilir. Bu durumlarda doktorunuzun size belirttiği aralıklarla kontrol muayenenizi yaptırınız.

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 ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

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: