



EKSTERNAL FİKSATÖR ÇIKARMA AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.221
Yayın Tarihi	12.02.2019
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

İşlem Hakkında Bilgi

Hekimlerim bana, sağlık durumumla ilgili olarak ifade edilebilecek bir rahatsızlık olduğunu anlatmış olup, bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak bunun 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 yada çok tehlikeli ihtimalleri saymışlar, beni ve rızam olup olmadığını sormuşlardır. Ben tamamen kendi rıza ve talebimizle bütün bu sonuçların olabileceğini anladım, idrak ve kabul ediyorum.

Alternatif Tedaviler

Beklenen Faydaları: Fiksatorün vücuttan uzaklaştırılması eksternal fiksatorün tedavisinin solandırılması.

Başarı Olasılığı: %100'dür.

İşleme Ait Komplikasyonlar

Mevcut patolojinin tekrar nüksetmesi, çıkarılan vida ve tel yerlerinde kırık ve enfeksiyon oluşması.

İşlemin Başarı Olasılığı Hakkında Bilgi

Kemikte yumuşak doku da ve komşu eklemlerde enfeksiyon, eklem hareket kısıtlılığı gelişmesi.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Hasta, Veli Veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilmesi açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum

İşlemin Tahmini Süresi : 15-30 dakikadır.

Kullanılacak ilaçların 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.



**EKSTERNAL FİKSATÖR ÇIKARMA
AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ
ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.221
Yayın Tarihi	12.02.2019
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa no	2/2

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:

.....
.....

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: