



**NÖROLOJİ ANABİLİM DALI İNTRAVENÖZ
TROMBOLİTİK TEDAVİ HASTA
BİLGİLENDİRME VE RIZA (ONAM)
BELGESİ**

HD.RB.613

Yayın Tarihi: 08.04.2019

DEĞİŞİKLİK NO: 02

DEĞİŞİKLİK TARİHİ: 25.06.2021

Sayın Hastamız / hasta yakınımız

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı için size önerilen tıbbi işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Tarih :...../...../.....
Hasta Adı Soyadı :.....
Protokol No :.....
Hasta Yakını ve Yakınlık Derecesi:.....

Hasta'nın (olarak) beyin atardamar tıkanması nedeniyle felç geçirmekte olduğunu (olduğumu) öğrendim. Ayrıca tıkanma sonucu hayati tehlike olması yanı sıra ağır bir sakatlık ile yaşama riski (riskim) olduğunu öğrenmiş bulunmaktayım.

Nöroloji Hekimi hastalık hakkında yeterli bir şekilde bana risk ve tedavi seçeneklerini anlattı. Açıklamaları ayrıntılı olarak dinledim, damar tıkanıklığının damar içinden tPA adlı pıhtı çözücü ilacın verilmesi ile açılma ve bu suretle mevcut sakatlığın düzelme şansının olduğunu öğrendim. Ayrıca pıhtı çözücü ilacın hem beyinde hem de vücudun diğer kısımlarında hayati tehlike yaratabilecek şiddette kanamaya yol açabileceğini de öğrendim. Sorularım tatmin edici şekilde cevaplandırıldı. Damarın tedavi ile mutlaka açılma garantisinin olmadığını da kavradım. İşlem için başka tıbbi merkez ve kişilerden görüş alabileceğim belirtildi. Tedavi etkinliğinin geçen zaman ile azaldığını da anladım.

Tedaviyi kabul etmediğim ya da istediğim anda tamamlanmadan durdurulmasını talep ettiğimde buna uyulacağı ama bu durumda oluşabilecek bütün sonuçlardan sorumlu olacağımı biliyorum. Tedaviyi reddetmemin hasta-hekim ilişkisinde ve hastanedeki diğer uygulamalarda olumlu ya da olumsuz bir etki yaratmayacağını kavradım.

Tüm bu açıklamalardan sonra bana karar vermem için yeterli süre tanındı. İmzalı bilgilendirilmiş onam formunun bir nüshasının istediğim zaman bana verileceğini de öğrendim. Sonuçta fayda ve zarar oranlarını hesaba katarak serbest iradem ile **tPA TEDAVİSİNİN UYGULANMASINI KENDİ RIZAM İLE KABUL EDİYORUM / ETMİYORUM.**

Tahmini İşlem Süresi:

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden tıbbi eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Not: Eğitimle ilgili onayı vermemeniz halinde de tedaviniz aksatılmadan sürdürülecektir.

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 takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

Okudum, anladım, bu formun bir nüshasını teslim aldım.



**NÖROLOJİ ANABİLİM DALI İNTRAVENÖZ
TROMBOLİTİK TEDAVİ HASTA
BİLGİLENDİRME VE RIZA (ONAM)
BELGESİ**

HD.RB.613

Yayın Tarihi: 08.04.2019

DEĞİŞİKLİK NO: 02

DEĞİŞİKLİK TARİHİ: 25.06.2021

Hasta / Hasta Yakınının bilgilendirildiği tarih ve saat:

Hasta ya da hasta yakını

Adı-soyadı :

İmza :

Tanık

Adı-soyadı :

İmza :

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin/Tetkik olmadığı durum dahil tedavi/tetkik seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Hekim :

Adı-soyadı :

İmza :

Formun doldurulduğu tarih ve saat: