**……. AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA FORMU**

Sayın Hasta / Hasta Yakını / Yasal Temsilcisi; bu Rıza Formu doktorunuz tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Rıza Formunu imzalamadan önce mutlaka dikkatli ve ayrıntılı olarak okumanızı hatırlamak isteriz.

Size tavsiye edilen tıbbi, cerrahi ve tanıya yönelik işlemler hakkında bilgi sahibi olmak hakkınızdır. Şikayetleriniz üzerine yapılan değerlendirmede hastalığınız için …………….… tedavisi/ ameliyatı önerilmektedir.

Hastalığınız hakkında bilgi aldıktan sonra önerilen tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalenin yararları, olası riskleri, yan etkileri, başarı olasılıkları, alternatif tedavi yöntemleri ve tedavi olmamanın, ertelemenin olası sonuçları gibi hususları öğrendikten sonra tedaviye rıza göstermek veya göstermemek kararınıza bağlıdır.

Bilgilendirme süreci ile sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak değil, aksine sağlığınızla ilgili konularda sizi bilgilendirerek şahsınıza dair kararları bilinçli olarak vermeniz amaçlanmaktadır. Size yapılan bilgilendirmelerin sadece Türkiye’de değil tüm dünya ülkelerinde standart kural kabul edilen tıbbi veri ve bilgilerden oluştuğunu belirtmek isteriz.

Doktorunuza muayene sürecinde ilettiğiniz aşağıda belirtilen tıbbi öykü (geçmiş hastalıklarınız ve tedavisi, kullandığınız ilaçlar gibi hususlar) dışında başkaca bir bilgi var ise doktorunuzun bilgilendirme esnasında dikkate alması için lütfen aşağıdaki bölümde ekleyeniz.

**HASTANIN İLETTİĞİ TIBBİ ÖYKÜSÜ:………………….**

**TIBBİ ÖYKÜYE HASTA TARAFINDAN EKLENEN HUSUSLAR**

.……………………………………………………….

Ekleyecek bir husus bulunmamaktadır.

Hastalığınızın tedavi sürecine dair ek sorularınız var ise yazılı bilgilendirme formuna ekleyerek cevaplanmasını sağlayınız.

Rıza formunu imzaladığınız takdirde meydana gelebilecek her türlü öngörülen / öngörülemeyen olumsuz durumları ve buna rağmen cerrahi tedaviyi kabul etmiş olacaksınız.

Tıbbi kayıtlarınız sizin dışınızda hiç kimse ile paylaşılamaz. Talebiniz halinde sağlığınız ile ilgili bilgi ve dokümanlar yazılı onay verdiğiniz yakınlarınıza verilebilir.

1. **BİLGİLENDİRME**
2. **GÜNCEL DURUM HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

* Tüm dünyada PANDEMİ yapan (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) COVİD-19 nedeni ile T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından …/../2020 tarihinde son güncellenmesi yapılan COVİD-19 Rehberi ışığında oluşturulan **“OLASI COVİD-19 VAKA SORGULAMA KLAVUZU”,** uygun olarak **“Karşılama Ekibi”** tarafından sorun tespit edilmediğinden tedaviniz kliniğimizde sürdürülecektir.
* Tedavi göreceğiniz kliniğimiz Pandemi kurallarına uygun hareket etmektedir. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında önemli risk içermeyen fizik muayene, ilaç gerektirmeyen radyolojik incelemeler (röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrasonografi vb.) ve elektrokardiyografi, elektromiyografi, ekokardiyografi gibi tetkikler ile kan, idrar ve diğer vücut sıvıları testlerinin alınmasında, güncel kabul edilmiş ulusal ve/veya uluslararası tıbbi kılavuzlarda önerilen tedbirler alınmakta ve özenli hareket edilmektedir.
* COVID-19 enfeksiyonu salgın şeklinde olup bulaştırıcılığı yüksektir. Bulaştırıcılık durumunda ortaya çıkabilecek olası durumlar; Ateş, öksürük, nefes darlığı, gribal semptomlar, organ ve sistem tutulumları, solunum yetmezliği ve bunlara bağlı ortaya çıkabilecek ölümler olarak belirtilebilir.
* COVID-19 ile ilişkili bulaşın çok yüksek olması nedeniyle hastane içindeki diğer servislerde tedavi edilen kişilere de bulaşabileceği, bu bulaşmanın her türlü önlem alınmasına rağmen engellenemeyebileceği ve hastane ortamında bulunmamız nedeni ile COVID-19 virüsü sizlere de bulaşabilir.
* Hastanedeki enfeksiyon kurallarına uygun davranmanız önemli olup, gerekli olduğu takdirde sağlık çalışanlarının hizmetini kolaylaştırmak için hastanede ayrı bir yerde beklemeniz sizden istenebilecektir. Hastane ve servis içerisinde habersiz dolaşılmaması, hasta odasında ayrılmamanız önemlidir.
* Hastanede tanı ve tedavi amaçlı kaldığınız sürece, hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında belirlenmiş olan tüm hastane kurallarına uymanız gerekmektedir.
* Sağlık kuruluşunda bulunduğunuz sürece öğrendiğiniz diğer hastaların ve sağlık kuruluşunun kişisel verilerini korumakla yükümlü olup, resim, video gibi görsel paylaşımlar yapamazsınız.
* Hastane içindeki izolasyon alanları nedeni ile hasta ziyaretçi kısıtlaması ve gerekli durumlarda refakatçi kısıtlaması söz konusudur.
* Tedaviniz sırasında bazı hizmetlere erişimde (fizyoterapi, radyoloji çekimi, mobilize alanları, vb) kısıtlama ile karşılaşılabilirsiniz.
* Gerektiğinde tedavinizin kendi evinizde sürdürülmesi doktorunuz tarafından önerilebilir.

1. **HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**Sayın Hastamız; bu bölüm hastalığınızın muhtemel sebepleri, hangi sorunlara neden olacağı ve nasıl seyredeceği gibi hususları içermektedir;**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

\*\*\*\* *Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik bilgiler içermelidir.*

1. **AMELİYAT VE TEDAVİ SÜRECİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**Sayın Hastamız; bu bölüm hastalığınızın tedavisi için önerilen ameliyat hakkında bilgilendirme içermektedir;**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

\*\*\*\* *Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik önerdiğiniz tedaviye ait bilgiler içermelidir.*

1. **AMELİYATIN NEREDE, NE ŞEKİLDE, NASIL YAPILACAĞI, TAHMİNİ SÜRESİ VE AMELİYAT ÖNCESİNE İLİŞKİN HUSUSLAR**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\* Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik önerdiğiniz tedavinin nerede ne şekilde ve nasıl yapılacağına ve tahmini süre ile operasyon öncesi yapılacaklara ait bilgiler içermelidir.*

1. **FAYDA VE RİSK DEĞERLENDİRMESİ İLE ALTERNATİF TEDAVİ SEÇENEKLERİ**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\* Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik önerdiğiniz tedavinin fayda ve risk değerlendirmesi ile alternatif tedavi seçeneklerine ait bilgiler içermelidir.*

Sayın Hastamız; yukarıda sayılan Alternatif Tedavilerden birini tercih etmeyi değerlendirmeniz halinde doktorunuzdan ilgili konu hakkında ayrıntılı yazılı bilgilendirmeyi mutlaka talep etmenizi hatırlatırız.

1. **AMELİYATIN YAN ETKİLERİ / MUHTEMEL KOMPLİKASYONLAR**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\* Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik önerdiğiniz tedaviye ait yan etkiler sık ve nadir görülen komplikasyonlar ile* ***hastaya özel olası var ise istenmeyen komplikasyonlara*** *ait bilgiler içermelidir.*

1. **TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\* Bu bölüm hastaya konulan hastalığa yönelik önerdiğiniz tedavinin başarı olasılığına ait bilgiler içermelidir.* ***hastaya özel olası bir başaryı engelleyen durumlar var ise mutlaka belirtilmelidir. Örneğin sigara içimi, yabancı madde veya ilaç kullanımı vb***

**4) TEDAYİ RED HAKKINIZA DAİR BİLGİLENDİRME**

**Sayın Hastamız; bu bölüm doktorunuz tarafından önerilen tedaviyi red hakkınız ve red durumda karşılaşma ihtimaliniz olan sonuçlar hakkında bilgi içermektedir.**

\*\*\*\*\* *Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\* “Acil durumlar dışında doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu size ait olmak üzere doktorunuzun önerdiği tedaviyi red etmek hakkına sahipsiniz. Bu hakkınızı değerlendirmeniz adına tarafınıza önerilen cerrahi tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçlar aşağıdaki gibidir.” Şeklinde mutlaka kişiye özel bilgi verilmelidir.*

*“Tedavi red hakkınızı kullanmanız halinde bu duruma ilişkin doktorunuz tarafından sunulan red formunu imzalamanız gerekmektedir*.” Şeklinde bilgi ile ret formunun tam ve eksiksiz mutlaka hasta *tarafından doldurulmasını sağlamalısınız, Sonrasında ret formu tarafınızdan mutlaka onay verilip verilemediği gerekçesi ile tamamlanmalıdır.*

**5) TEDAVİ SÜRECİ VE SONRASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**Sayın Hastamız bu bölüm tedavi süresince ve sonrasında kullanılacak ilaçlar ve muhtemel tedavi süreci, yaşam tarzı önerileri hakkında bilgi içermektedir.**

\*\*\*\*\* Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.

BURAYA COVİD 19 SÜRECİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRMENİN DE KİŞİYE ÖZEL YAZILMASINI TAVSİYE EDERİZ.

**6) TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİNİZ HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

Sayın Hastamız;size tedavi amaçlı önerilenameliyatı kabul edip etmemek serbest iradeniz ile vereceğiniz bir karardır. Rıza formunu imzalasanız bile ameliyat girişimi başlamadan ya da başladıktan sonra tıbbi yönden sakınca olmaması halinde istediğiniz zaman rızanızı yazılı bildirim ile geri çekebilirsiniz. Tedaviyi red hakkınızı kullanmanız sonrası dilediğiniz zaman Hastanemizin …….. numaralı telefonundan doktorunuza her zaman ulaşarak ameliyat kararını **yeniden gözden geçirebilirsiniz.**

**7) HEKİMİN BİLGİLENDİRME SÜRECİNE EKLEYECEĞİ HASTAYA DAİR ÖZEL HUSUSLAR**

*\*\*\*\*\* Bu bölüm hastanelerinizde kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarında matbu olarak düzenlenmiş olabilir. Lütfen öncelikle bu formların güncel olup olmadığını kontrol ediniz.*

*\*\*\*\*\* Bu bölüme hastanın sosyal ekonomik durumu, mesleği, geçmiş ameliyatları, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçlar gibi hastaya özel durumlar sebebiyle tedavi sürecine dair risk ya da sair öngörüsü var ise mutlaka eklenmelidir*

**8) HASTANIN EK SORULARI**

Sayın Hastamız doktorunuzun sözlü bilgilendirmesi sonrası yazılı olarak bilgilendirmeyi bir kez daha yukarıda sizlere sunduk. Tıbbi işlemlerin hepsi özünde belirli riskler içermektedir. Şikayetleriniz yanında yaşam kalitenizin yükseltilmesi için hasta yararı ilkesi ile doktorunuz tarafından size ameliyat önerilmiş ve hastalığınız hakkında bilgi aktarıldıktan sonra önerilen tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalenin yararları, olası riskleri, yan etkileri, başarı olasılıkları, alternatif tedavi yöntemleri ve tedavi olmamanın olası sonuçları gibi hususlar hakkında bilgilendirildiniz. Ameliyatı kabul etmek ya da etmemek hususunda kararınızı vermeden önce doktorunuza sormanız gereken ek sorular var ise lütfen aşağıda belirtiniz.

**EK SORULAR :**

**…………………….**

**…………………….**

Ek soru talebim yoktur.

**B. RIZA / ONAY /ONAM**

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktorum tarafından bilgilendirildim.

COVİD- 19 nedeni ile pandemi sürecinde vaka sorgulama kılavuzuna uygun olarak yapılan değerlendirmede sorun tespit edilmediğinden tedavimin klinikte sürdürüleceğini ancak COVİD 19 un salgın şeklinde olduğunu ve bulaştırıcılığının yüksek olduğunu, her türlü önlem alınmasına rağmen engellenemeyebileceği ve hastane ortamında bulunmamız nedeni ile COVID-19 virüsünün tarafıma da bulaşabileceği bilgisi verildi.

Bulaştırıcılık durumunda ortaya çıkabilecek olası rahatsızlıklar ve sonuçları hakkında bilgi sahibi oldum.

Hastanedeki enfeksiyon kuralları hakkında bilgi sahibi oldum.

Gerektiğinde sağlık çalışanlarının hizmetini kolaylaştırmak için hastanede ayrı bir yerde bekleyebileceğimi anladım.

Hastane ve servis içinde habersiz dolaşamayacağımı, hasta odasından ayrılmamam gerektiğini ve önemini öğrendim.

Hastanenin aldığı tedbirler hakkında bilgi sahibi oldum ve hastanede tanı ve tedavi amaçlı kaldığım sürece, hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında belirlenmiş olan ve bilgilendirildiğim tüm hastane kurallarına uymayı kabul ediyorum.

Bu süreçte hasta ziyaretçi ve gerekli durumlarda refakatçi kısıtlaması olduğunu öğrendim.

Sağlık kuruluşunda bulunduğum sürece diğer hastaların ve sağlık kuruluşunun kişisel verilerini koruyacağımı, resim, video gibi görsel paylaşımlar yapmamayı taahhüt ederim.

Tedavim sırasında bazı hizmetlere erişimde (fizyoterapi, radyoloji çekimi, mobilize alanları, vb) kısıtlama olabileceği konusunda bilgilendirildim

Gerektiğinde tedavimin kendi evimde sürdürülebileceğini öğrendim.

Ben ve hasta yakınım tüm tedavi süresince COVİD -19 nedeni ile belirtilenen kurallara uymayı taahhüt ederim.

Ayrıca Doktorum sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamayı yaptı.

Planlanan …….. ameliyatının ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi sahibi oldum. Ameliyat sonrası şikayetlerimin son bulacağı, iyileşeceğim hususunda bir garanti - teminat olmadığını ancak yaşam kalitemin yükselmesi açısından en uygun yöntemin bu tıbbi tedavi/ameliyat olduğunu anladım.

Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı. Kaygılarım tartışıldı.

Ameliyat sırasında hayatımı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde tedavinin genişletilebileceği ya da hayati risk nedeniyle gerekli görülen tıbbı tedavi ve işlemlerin uygulanabileceğini anladım.

Hasta mahremiyeti hakları gözetilmek kaydıyla, tedavi planlaması ve uygulaması için gerekli kalıcı-geçici cilt işaretlemelerini, kimliğini doğrulamak ve tedavi bölgesindeki gelişmeleri izlemek için vücut içi ve dışı fotoğraf çekilmesini ve diğer görüntüleme işlemlerinin yapılmasını onaylıyorum.

Uygulanacak anestezinin ayrıntıları bir anestezi uzmanı tarafından bana aktarıldı ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği tarafıma anlatıldı.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak …………… tıbbi tedavi ve/veya ameliyatı yapılmasını onaylıyorum.

**Hasta İmza Tarih / Saat**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

**Hasta Onay Veremeyecek durumda ise; İmza Tarih / Saat**

**Hasta yakını / yasal temsilcisi [[1]](#footnote-1)**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

**Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;**

Hastaya doktor tarafından yapılan tüm açıklamaları tercüme ettim. Hastaya işbu formu okuyarak tercüme ettim. Tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmış ve uygun bulunmuştur.

**Tercüme Yapanın İmza Tarih / Saat**

Adı- Soyadı (el yazısı ile)

Yukarıda ismi yazılı hasta / hasta yakınına tarafımdan hastanın hastalığı, yapılması önerilen tıbbi tedavi, ameliyat, ameliyatının ne olduğu, gerekliliği, ameliyatın seyri ve diğer tedavi seçenekleri, riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri, riskleri, uygulanacak anestezi tipi ve anesteziye ait riskler ve komplikasyonlar, alternatif tedavi yöntemleri konusunda açıklamalar yapılmıştır. Hastanın soruları yanıtlanmıştır.

Ayrıca hastanın / hasta yakınının yukarıdaki formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

**Doktor İmza Tarih / Saat**

Ad Soyadı

Toplam …. sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Rıza formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası hastaya/ hasta yakınına teslim edilmiştir.

1. 18 yaş altındaki hastalar, velayet ve vesayet altındaki hastalar için imza süreci Medeni Kanuna ve Hasta Yüksek Yararı ilkesine uygun olarak yönetilmelidir. [↑](#footnote-ref-1)