**EK.3**

**COVID-19** **HASTA REFAKATÇİSİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastalığınızın tedavisi sırasında yakın takibinizin yapılabilmesi için yanınızda refakatçi bulundurma hakkına sahipsiniz\*

Size ve izin verdiğiniz refakatçinize, sağlık durumumuz ile ilgili önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi verilecektir.

Tedavinizin her aşamasında refakatçi talebinizi durdurmak hakkına sahipsiniz.

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

# *\*Hasta Hakları Yönetmeliği*

# *Refakatçi Bulundurma*

# *Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.*

# *Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usül ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.*

….Hastanesinde …….tanısı ile tedavim sırasında yanımda ……..isimli refakatçimin bulunmasını talep ederim.

Bana ve refakatçime …..…….tanısı ile tedavim ile ilgili bilgi verildi.

COVID-19 enfeksiyonunun salgın şeklinde olduğu ve bulaştırıcılığının yüksek olduğu anlatıldı. Bulaştırıcılık durumunda ortaya çıkabilecek olası durumlar; Ateş, öksürük, nefes darlığı, gribal semptomlar, organ ve sistem tutulumları, solunum yetmezliği ve bunlara bağlı ortaya çıkabilecek ölüm hakkında tarafımıza bilgi verildi.

İzolasyon şartlarında Kişisel Koruyucu Ekipmanlar tarafımıza verildi, nasıl giyileceği ve kullanılacağı anlatıldı. Hastanedeki enfeksiyon kuralları hakkında bilgi sahibi olduk. Gerektiğinde sağlık çalışanlarının hizmetini kolaylaştırmak için hastanede ayrı bir yerde bekleyebileceğimizi anladık. Hastane ve servis içinde habersiz dolaşmayacağımızı, hasta odasından ayrılmamamız gerektiğini ve bunun ne kadar önemli olduğunu anladık.

……… nedeniyle uygulanacak takip ve tedavi işlemleri süresince refakatçi olarak kalmayı kendi isteğimizle kabul ediyor ve onaylıyoruz.

# Hastanın vekili / yasal temsilcisi \* İmza Tarih/ Saat

# Adı – Soyadı (el yazısı ile).………………..……………….

# Refakatçi İmza Tarih/ Saat

# Adı – Soyadı (el yazısı ile).………………..……………….

# Doktor İmza Tarih/ Saat

# Adı – Soyadı …………….………………………

\*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.