



Özel EKOL HASTANESİ
OBEZİTE CERRAHİSİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Sağlık durumunuz (hastanızın sağlık durumu) ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.

Bu belgede geçen hususları tam olarak anlamanız önemlidir. Belgenin yazılma amacı sizi korkutmak veya yapılacak olan uygulamalardan uzaklaştırmak değildir. Bu belge yapılacak uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi kayıt altına almak için düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

Ben _____;

Hiç bir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirerek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere Özel Ekol Hastanesini hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Doktorlar bana, OBEZİTE - ŞİŞMANLIK (dünyada yaygın görülen sağlık sorunlarından) Hastanın kilosunun boyunun karesine bölünmesi ile bulunan bir değer olan vücut kitle indeksinin belirli standartların üzerinde olması durumudur. Obezite tedavi ve hastalığın kontrolü amacıyla kullanılan ilaçları, cerrahi müdahaleleri ve rehabilitasyon uygulamalarını içerir. Hasta tedavilere ve diyetine uymakla yükümlüdür.) şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Tedavi imkanlarının sınırlı olduğunu ve rehabilitasyon uygulamalarının mevcut kapasitemi en üst düzeye çıkarmak amacıyla planlandığını bildirdiler. Tam veya kısmi iyileşme sözü vermediler. Hastalığım gidişatı gereği durumumun kötüleşebileceğini anlattılar. Bu hastalığımın ile ilgili durumumun kötüleşmesi durumunda hiçbir şekilde tedavimi veya tedavimi yapan ekibi sorumlu tutmayacağımı belirtirim.

Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemin kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktorlar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmamış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyorum; idrak, rıza ve talep ediyorum.

Bu başvuruya ilgili olarak yapılacak, teşhis ve tedaviye yönelik fizik tedavi, enjeksiyon ve ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli/zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyorum ve onaylıyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini, uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis/tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları (Teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar) biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında Röntgen, Skopi, Ultrasonografi, Sintigrafi, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabileceğini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.82</i>	<i>06.02.2015</i>	<i>01</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ
OBEZİTE CERRAHİSİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



dahil olmak üzereşimdi den öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dahil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin (bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar) var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek fizik tedavi, enjeksiyon, bantlama, anestezi vb yöntemlerin ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyorum ve onaylıyorum.

Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabileceğini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabileceğini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

Tedavi olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, mikrop kapma, toplar damar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, uygulama bölgesinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi (ödem), sara krizi (nöbet), geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç/hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona balı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, tarafıma uygulanacak İLAÇ, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON, EGZERSİZ, BANTLAMA, ENJEKSİYON, YARDIMCI CİHAZ girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek DÜŞME, KIRIK, YANIK, KİLODA ARTIŞ, KİLO KAYBI SAĞLANAMAMASI, AĞRIDA ARTIŞ, ALTTA YATAN HASTALIKTA KÖTÜLEŞME, KAN DEĞERLERİNDE BOZULMA, NÖROLOJİK DURUMDA BOZULMA, TEDAVİDEN FAYDA GÖREMEME, ENFEKSİYON, BASINÇ YARASI VE DİĞER YARALANMALAR, NEFES DARLIĞI, GÖĞÜS AĞRISI, SIKINTI HİSSİ, ALERJİK YAN ETKİLER; İLAÇ YAN ETKİLERİ; BİLİNÇ KAYBI, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, UYKU BOZUKLUĞU, ATEŞ, DAMARLARDA PIHTI, SOLUNUM YETMEZLİĞİ, KALP YETERSİZLİĞİ, KALP KRİZİ BENZERİ ÖLÜMCÜL DURUMLAR VE ÖLÜM İLE

gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla, kabul ve talep ediyorum. OBEZİTE DURUMUNDA TAM ŞİFA SAĞLANAMAYABİLECEĞİNİ; UYGULANABİLECEK MEVCUT TEDAVİLER SONUCUNDA DAHİ YATAĞA, TEKERLİ SANDALYE VEYA YARDIMA BAĞIMLI KALABİLECEĞİMİ, KONTROL MUAYENESİ İÇİN DAHİLİYE \ENDOKRİNOLOJİ UZMAN DOKTORUNA, KARDİYOLOJİ UZMAN DOKTORUNA, CERRAHİ AÇISINDAN İLGİLİ CERRAHİ BÖLÜMÜNE YÖNLENDİRİLEBİLECEĞİMİ BİLİYORUM.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.82</i>	<i>06.02.2015</i>	<i>01</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>2 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ
OBEZİTE CERRAHİSİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı

Hasta 18 yaşından küçük

Hastanın karar verme yetisi yok

Acil

Ben Dr. _____;

Hastaya hastalığı ve uygulanacak işlemlerle ilgili gerekli bilgileri verdim. Hastanın bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.

Yukarıda belirtilen girişimlerin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum (ediyoruz).

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **"Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok."** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.82	06.02.2015	01	01.02.2016	3 / 3