



Özel EKOL HASTANESİ

BURSİT ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Doğum Tarihi:

Ana Adı:

TC Kimlik No:

1.HASTANIN DURUMU

2.HASTALIĞIN TANIMI ÖZELLİKLERİ

3.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİNİN İÇERİĞİ

- Antibiyotik tedavisi
- Tespit-egzersiz yasağı
- Analjezik tedavisi

4.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN BEKLENEN YARARLARI:

- Hastalığın Kronikleşmesinin önlenmesi

5.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİDE SIKLIKLA KARŞILAŞILAN CİDDİ RİSKLER:

- Antibiyotik tedavisinin yan etkileri
- Diğer ilaçların yan etkileri

6.ÖNERİLEN GİRİŞİM/TEDAVİ SIRASINDA GEREKSİNİM DUYABİLECEK EK GİRİŞİMLER VE RİSKLERİ:

- Ponksiyon
- Burasının cerrahi olarak çıkarılması

7.ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VETA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK RİSKLER

- Ponksiyon
- Burasının çıkarılması
- Lokal enjeksiyon
- Fizik tedavi

8.BAŞARI OLASIĞI

9. ÖNERİLEN GİRİŞİMİN/TEDAVİNİN ERTELENMESİ VEYA RED EDİLMESİ DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLCEK RİSKLER

- Hastalığın kronikleşmesi
- Ağrının artması
- Eklem hareketinin giderek azalması

Minimum ameliyat süresi 30 dk. - Maksimum ameliyat süresi 45 dk.'dır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.32</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>28.01.2016</i>	<i>1 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ

BURSİT ONAM FORMU



Bilgilendirilmiş onam broşürünü okudum.

Doktorumdan tıbbi durumum tanı ve tedavisi için yapılması önerilen girişimsel tetkikler konusunda bilgi aldım. Girişimsel tetkiklerin hastalığıma tanı konmasındaki etkinliği ve olası riskleri etraflıca anlatıldı. Benim için planlanan tedavinin yararlarını ve risklerini öğrendim. Bu tetkik ve tedaviyi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi tehlikelerin doğabileceği etraflıca anlatıldı. Bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yönetimin bulunup bulunmadığı konusunda da doktorum tarafından ve bilgilendirme formu ile bilgilendirildim.

Bu açıklamanın ışığında sağlığıma kavuşabilmem için yukarıda belirtilen tüm tıbbi ve tanısal yöntemlerin şahsıma uygulanması konusunda doktoruma ve diğer tıbbi ekibe tam yetki veriyorum.

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

Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki 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

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

• 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.32	01.01.2008	02	28.01.2016	2 / 3