



Özel EKOL HASTANESİ

KÜRETAJ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Doğum Tarihi:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Genel Bilgi: Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılanabileceği sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir. Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Tanı ve İşlem: Küretaj; tanı ve tedavi amaçlı yapılan bir müdahaledir. Ölü gebelikler, tam olmayan düşükler, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, düzensiz, sık ve aşırı kanama şikayeti olanlarda bu yöntem kullanılır.

Önerilen Cerrahi Girişim: () Dilatasyon Küretaj

() Lokal Anestezi

() Genel Anestezi

() Revizyon Küretaj

() Lokal Anestezi

() Genel Anestezi

Cerrahi İşlem Riskleri: Tedavisiz durumun devam etmesi durumunda riskler ve zararlar olabileceği gibi benim için planlanan cerrahi, medikal ve/veya tanısal işlemlerle ilgili de riskler vardır. Cerrahi, medikal ve /veya tanısal işlemlerin tümüne özgü olan ciddi enfeksiyon, rahimin delinmesi ve /veya iç organ yaralanması, rahim ağzında yırtılma, rahim içinde yapışıklık meydana gelmesi (Buna bağlı olarak da adet görememe, adet kanmasının azalması, ağrılı adet görme, gebe kalamama) görülebilir. Bana uygulanacak olan girişimle ilgili ayrıca aşağıdaki risklerin de bulunduğu bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Tedavi kabul edilmezse karşılaşılabilecek sonuçlar: Benim için uygun görülen cerrahi işlem yapılmazsa hastalığım ile ilgili oluşabilecek aşağıdaki durumlar bana anlatıldı. Düzensiz sık ve aşırı kanama gibi durumlarda kesin neden sebep histopatolojik inceleme yapılmadan söylenemeyeceği için tanısal gecikme söz konusu olabilir. Ölü gebelik, tam olmayan düşüklerde, aşırı kanamaya bağlı kansızlık, şok tablosu, enfeksiyon, hayatı tehdit eden ciddi enfeksiyon, kanın pıhtılaşma özelliğinin bozulmasına neden olabilir.

Bilgilendirilmiş Onay: Ben bu operasyon sırasında beklenmeyen ve önceden kestirilmeyecek durumların olabileceğini, bunların sonucunda asıl işlemin dışına çıkılıp daha başka işlemlerin de gerek olabileceğini anladım ve kabul ettim. Bana tüm istediğim soruları sorma şansı verildi.

Benim sorduğum tüm sorular yanıtlandı veya yeterince açıklandı. Ben bu formu imzalamadan önce tüm noktalı yerler dolduruldu ve benim itiraz ettiğim tüm yerler işaretlendi ve ben bu formu imzaladım.

Anestezi: Anestezinin ek riskler getirdiğini biliyorum ama ağrıdan korunmak için ve ağrının geçmesi için planlanan işlem ve ek işlemler için anestezinin kullanılmasını istiyorum. Bana sorulmadan anestezi yönteminin değiştirilebileceğinin farkındayım. İşlem esnasındaki ağrı hissini, anestezi hekimiyile konuşup seçebileceğim bölgesel (spinal ve epidural) veya genel anestezi ile giderileceği söylendi. Anestezinin benim ameliyatımı yapacak olan hekimin kontrolünde olmadığını ve her bir anestetik maddenin riskleri olabileceğini anladım. Herhangi bir anestezi yönteminin kullanılması sonucunda solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, sinir zedelenmeleri, beyin hasarı ve hatta ölüm gibi komplikasyonların olabileceğini anlıyorum. Genel anesteziden kaynaklanabilecek diğer risk ve hasarlar ses telleri, soluk borusu, dişler ve gözlerde zedelenmedir. Bölgesel (spinal ve epidural) anesteziden kaynaklanabilecek baş ağrısı ve uzun süreli bel ağrısı dahil olmak üzere diğer riskleri anlıyorum. Anestezinin (ünvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Kan ürünleri: Gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

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

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.49	01.01.2008	03	01.02.2016	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ

KÜRETAJ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU



Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay: Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemden başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Sonuç: Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın önerilen cerrahi girişimi ve doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve bana önerilen işlemine onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr. nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında ÖZEL EKOL HASTANESİ doktorlarının uygulayacağı işlemi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı 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.49	01.01.2008	03	01.02.2016	2 / 2