



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
E Sağlık Bakanlığı

ANJİYOGRAFİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

prot no: 417092 / 1

Doküman No	KOD 83-001
Yayın Tarihi	26.08.2016
Revizyon No	1
Rev. Tarihi	26.08.2016
Sayfa No	3 / 3
Hastaneye	Kalyon Hastanesi

e-)Boğulma

f-)Beyin hasarı

g-)Hipotansiyon görülmeye riskleri mevcuttur.

Hasta, veli veya vasiinin onam açıklaması:

- Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.
- Hekimim kafama takılan sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.
- Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.
- Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.
- Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.
- Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
- Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.
- Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
- Tedavi olmadıysam ne olabileceğini biliyorum.
- "Aydınlatılmış Onam Formu"nun ne anlama geldiğini biliyorum.
- İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.
- Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
- Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararı aldığım riskten ağır bastığımı düşünüyorum.
- İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak aşağıdaki belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

TARİH: 02.10.2016

SAAT: 22.00

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum." yazınız.

--

Hastanın bilinci Açık ise;	Hasta 18 yaşın altında, kısıtlı veya bilinci kapalı ve yanında Yasal Temsilcisi var ise;
Has Adı İmza	Yasal Temsilci * (Vasi) veya Velinin; Adı Soyadı: İmza: Adı Soyadı: İmza: 02-10-2016
Dok Adı İmza	Doktorun; Adı Soyadı: İmza:

*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için Anne-Baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

NOT: 18 yaşın altında bulunan hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.