

Lütfen hasta
barkodunu
yapıştırınız.

MEZENKİMAL KÖK HÜCRE VE HÜCRESEL TEDAVİLER BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik

BİLGİLENDİRME ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

ONAY Sadece tıbbi tedavi amaçlı olarak bu belge, sizi örkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Önerilen tedavinin

Bende teşhis edilen Radial Sinir Hasarı hastalığının tedavisi için önerilen tedavi aşağıda imzaladığım karakterde bir tedavi olduğunu biliyorum.

Deneme Tedavisi:

Kök hücre esaslı hücresel tedaviler, etkinliği kesin olarak henüz kanıtlanmamış klinik deneme ya da araştırma aşamasındadır. Bu nedenle, bana uygulanacak kök hücre tedavisinin olası başarısız sonuçları hakkında bilgilendirildim.

İmza:

Yapılacak tedavi ile ilgili olarak ayrıca;

Bana önerilen tedavi ile ilgili, bilimsel araştırmaların yeterliliğinin aşağıda imzam bulunan alanın yanındaki bilgilendirme kadar olduğunu biliyorum.

İmza:

Henüz Faz I ve Faz II aşamasında (etken maddenin doz vücutta dağılım, yan etki ve karşılaştırmazsız etkinlik testlerinin yapıldığı az sayıda hasta üzerinde yapılan ilk basamak çalışmalar) olduğunu biliyorum.

Lütfen hasta
barkodunu
yapıştırınız.

Uygulama Şekli

Uygulamanın aşağıda imzaladığım şekilde yapılacağını biliyorum.

Yüzeysel uygulama,

İmza:

Damardan uygulama (i.v veya i.a.),

İmza:

Doku içine yerleştirme,

İmza:

İntratekal uygulama,

İmza:

Deri altı uygulama,

İmza:

Kas içine uygulama,

İmza:

Hasta veya Hasta Yakını Onayı

Tedavimdeki aciliyet nedeniyle vericim/kendim dışındaki bir başka kişiden üretilmiş hazır olarak bekleyen kök hücrelerin ve/veya hücresel ürünlerin bende kullanılmasına onay veriyorum. Bir başka kişiye ait hücrelerin ve/veya hücresel ürünlerin bende kullanılmasına ait tüm yan etki ve etkileri doktorlarımız tarafından bize anlatıldı. Tüm riskleri bilerek bu uygulamayı onaylıyorum. Bu onayla birlikte hücrelerini bana bağışlayan kişiyi beni ve benim de onu tanıma hakkım olmadığını biliyorum.

(El yazınız ile Kök hücre uygulamasına ilişkin tüm açıklamaları okudum, tıbbi terminolojiyi öğrendim, anladım. Aklıma takılan soruları doktoruma sordum, endişelerimi paylaştım ve ikna oldum yazınız).

Kök hücre uygulamasına ilişkin tüm açıklamaları okudum, tıbbi terminolojiyi öğrendim, anladım. Aklıma takılan soruları doktoruma sordum, endişelerimi paylaştım ve ikna oldum.

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum. Üretim merkezinin bu üretim için bilerek ve isteyerek yetkili kılıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi

Lütfen hasta
barkodunu
yapıştırınız.

Okuduğumu anladım kabul ediyorum (El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız).

Hasta

Adı-Soyadı (el yazısı ile) ..

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekil / yasal temsilcisi

İmza

Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

..... adlı hastanın alıcısından veya kendisinden elde edilecek (MKH) mezenkimal kök hücrelerin ve/veya hücresele ürünlerin hastanın yaşamını tehdit eden acil durumu nedeniyle başka bir vericiye ait saklanmakta olan mezenkimal kök hücrelerinin ve/veya hücresele ürünlerin akut tedavi kapsamında son üretimlerinin yapılarak acilen tarafıma teslim edilmek üzere yollanmasını talep ediyorum.

Doktor

Adı Soyadı

Ürün sorumlusu

Adı Soyadı

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

*Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikâyetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta İlişkileri Bölümü'ne, geceleri ise Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta Gece Müdürlüğü'ne baş vurabilirsiniz.

*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.

Adı Soyadı (el yazısı ile) :