



ÜMİT GÜZEL YURT  
YAS:23  
T.C. No: 18446207898 D.T: 04/10/1988  
D.R No: 373492843 V.Th: 01/03/2018 12:12  
DOCTOR: EERA DEMIREL  
Orthopedic Pol. & Extra Denmele  
KURUM: 20220 009 (BÖLGE)  
Sira No: 53  
Barcode Number: 2022000900053  
Barcode: TANAP / SERGEL

T.C. Sağlık Bakanlığı  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**KALÇA INTERTROKANTERİK KIRIK AMELİYATI İÇİN**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**BARKOD YAPıSTIRINIZ**

Bu form yapılacak ameliyatta ligili olarak hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi için hazırlanmıştır. Okutularak onaylatılmıştı yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin ongördürilen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak, diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacıyla kullanılır. Tamamlanamayan risklerin çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyacının karşılayacağı şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi seçeneklerini içeren bir belge olarak durulmuştur. Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, doktorunuzun size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

Aşağıda yazılı butun bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

Sayın hasta /vekili / konumun temsilcisi:

**Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi, yada teşhis yonetlik her türlü işlerim ve bunların alternatifleri, faydalari, risikleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak, ve tüm buntarı yada bir kismını redetmek yada kabul etme veya yapılacak işlerimi herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.**

Sizden okuyup, anlamamızı istedığınız bu belge, sizin ırkutmak yada yapılacak tıbbi uygulamalarдан uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza göstermeyeceğinizi belirtmede, sizi bilgilendirmek ve onayınız alınmak için hazırlanmıştır.

1. Ben ..... hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen kendi özgür irademle başvuru sebebinin olan yakınlarını değerlendirmek, gerekli gördüğü muayene ve incelemleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçlara varım ve uygun gördüğü uygulamaları serbestçe yapmak üzere, bir eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu bildiğim ERZURUM BOLGE EGITIM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ'NI, HEMŞİRE, SAGLIK MEMURU ve DİĞER ..... TEKNİSYENLERİNİ, ASİSTAN ve UZMAN DOKTORLARI ile birlikte ..... KLİNİĞİN/KLİNİKLERİ'NI, yetkilii kılıyor ve bu uygulamaları yapılım ..... ifade edilebilecek bir

2. Doktorların bana, sağlık durumumla ligili olan ..... , farklı tamlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının düşünürlük olduguunu anlatmış olup, bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak bunun ne olduğu, sebepleri rıhtırsızlık olduğundan, farklı tamlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının düşünürlük oldugu, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi alternatifleriyle, gerek teşhis ve gerek teda rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için tıbbi uygulamalarının yapılabileceğini biliyorum, idrak rıza ve talep ediyorum.

3. Bu başyuruda ligili olarak yapılacak her türlü teşhis yada ameliyatlar da dahil tedavi uygulamalarının gerekliliği görülmeli, idrak rıza ve talep ediyorum.

4. Bu başyuruda ligili olarak yapılacak her türlü teşhis yada ameliyatlar da dahil tedavi uygulamalarının gerekliliği görülmeli, idrak rıza ve talep ediyorum.

5. Yapılacak uygulamaların, sağlığında ligili tüm patolojileri/hastalıkları teşhis edemeyeabileceğini, hastane ve doktor tarafından bu başyuruda bulunmama sebebi olan halen mevcut, veya şu an farkında olduğum yada olmadığı her tıbbi durumda idrak rıza ve talep ediyorum.

6. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, simografi, bilgisayarlı tomografi, mri rezonans vb. Tıbbi cihazların tıbbik edilebileceği: röntgen, radyoizotop/nukleer enerjili, kışa ve uzun dalgalı ışımı maruz kalabileceğimi, bu uygulamaların kemik ilgi hasarlanması ve kansızlık/anemi, savunma sistemi yetersizliği,



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**KALÇA İNTERTROKANTERİK KIRIK AMELİYATI İÇİN**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

ÜMİT GÜZELYURT  
T.C. No:10644201808 D.T: 04.10.1998  
Vizit No:57542843 V.Th: 01.03.2018 12:  
**DOKTOR:** ESR A DEMIREL  
**KURUM:** 2022 GSS (BOLGE)  
Sıra No 53  
Tarih: 20.07.2024

sahibi olmaya engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik yada uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmaz üzere şimdiden öngörelmemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

7. Uygulamaların tamamı yada bir parçası olarak kan ve kan ürünleri kullanılabileceğini, bu kullanım ile ilgili olarak aksan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarı ve AIDS dahil, erken yada geç dönemde tespit olabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve rüya gösteriyor; ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmamasını talep ediyorum.

- Bu onay formu toplam 2 sayfadан oluşmaktadır. İş bu belge, 1219 sayılı Kanunun 70.ve 5237 sayılı T.C. Kanunun 26.maddeleri uyarınca 3 müşha olarak düzenlenmiş, bir müşha hastaya/hastanın kanunu temsilcisine verilmiştir.

8. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında bana uygulanabilecek lokal/bolgesel, spinal, epidural/omurilik anestezisi ya da genel anestezî ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemlerle ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vucudun herhangi bir uzuvunun yada sinirin felçleri, beyin hasarı ve ölümcül içerdığını biliyorum.Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum.

9. Uygulamaların tamamı yada bir parçası olarak vucuduma, vucudun bir başka yerinden organ yada doku parçalarının alınabileceğini; yada vucut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb yabancı cerrahi materyallerin/malzemelerin kullanılabilcecagini; bu maddelin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceklerini; tekrar çıkartılmalarının reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini yada beklenen fonksiyonları göstermeyeceklerini; teknik ameliyatların bunun için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum; bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlikeleri içerdigini idrakinde olarak onay veriyorum.

10. Tedavi olmamam durumunda karşılaşabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırkıza yapılabacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğim kansızlık/anemi, menenjit dahil olmak üzere mikroorganizmalarla kapma/enfeksiyon, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde yada ameliyat yerinden uzakta kanamalarla alerjik reaksiyon, doku odemi, sara krizi, geçici yada kalıcı organ yada sistem fonksiyon bozukluğu, iflası yada ölüm gibi olaylarla karşılaşabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin hafif rahatsızlık, kesi-ponksiyon bölgesinde uyuşukluk hissi yada kalıcı nedbe/skar izi yada kemik çkarılması-ekleñmesi sonucu kafada, kollarda yada bacaklıda yada vücutta şekil bozukluğu, ameliyat yada ponksiyon yerinden beyin suyu gelmesi, baş ağrısı yada uzun süreli/kronik ağrı, ses teli felci sonucu geçici yada kalıcı ses kaybı, yüz, kaş, diş, işitme, yutkunma, göz ve göz hareketleri, idrar veya büyük abdest kontrolüyle ilgili, yada kişilikle ilgili geçici yada kalıcı fonksiyon kaybı, bir doku yada organ hasarıyla ilişkili olarak engelli duruma gelme yada ömrü boyu ilaç yada hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması ve uygulamamı sırasında pozisyonlanmaya bağlı kısa yada uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyorum ve bu riskleri kabul ediyorum.

11. Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, yada dokunun, yada görüntülerinin yada buntardan üretilcek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, yada üretilmesine- itraz hakkım olduğunun bilincinde olaklı yetki ve onay veriyorum.

12. Sol/sağ kalçamda kırık hakkında bana bizzat doktorlar tarafından bilgi verildi. Kırığının ameliyat ile düzeltilebilmesi gerektiğini anlatıldı.Ameliyat ve kırık bölgesinin damar ve sinir yapılmasına çok yakın olduğunu biliyorum. Ameliyat sırasında muhtemel komplikasyonlar olan enfeksiyon, kaynamama, geç kaynama, yenden kırık olması, aksama, hemorajik ve bacak arasında uzunluk farkı olması, bacaklıda damarlarda tikanıklık, pihti (emboli) olması, ölüm riski, bacaklıda kırık olabileceği biliyorum. Ayrıca hastamın genel durumundaki kırık harici iç hastalıkları ile ilgili problemleri olduğunu biliyorum.



**T.C. Sağlık Bakanlığı  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
KALÇA İNTERTROKANTERİK KIRIK AMELİYATI İÇİN  
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

ÜMIT GÜZELYURT YAS: 23  
 Dokü T.C No: 10848201808 D.T: 04.10.1998  
 Yayınlı No: 57542843 V.Th: 01.03.2018 12:12  
**DOKTOR ESRA DEMİREL**  
 Revizyon Ortoped Pol. 8 - Esra Demirel  
 Revizyon KURUM: 2022 GSS (BÖLGE)  
 Sıra No: 53  
 Baskıno: 100000 18.03.2018

bunlardan dolayı ameliyat sonrası yoğun bakım gerekeceği, ölüm riski olduğu da detaylı olarak tarafımıza anlatıldı. Bunlar ve başka problemlerden dolayı tekrarlayan ameliyatlar gerekebileceğini doktorlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlattı, idrak ettim, kabul ediyorum. Bunlardan başka merak ettiğim her konuda soru sorarak bilgi aldım.

13. Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi, tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı ve bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığıم cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaları yaptığımı ve hastaya ilgili olabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim. Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

('Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım ve rıza belgesinin bir nüshasını teslim aldım' Hastanın/hasta yakınının el yazısı ile  
alan).....

### HASTANIN / VELİ/VASI VEYA YAKINININ (YAKINLIK DERECESİ)

ADI, SOYADI:....

ŞAHİDİN ADI SOYADI:..... İmza :..... / ..... Saat:.../... Tarih:..../..../20...

HASTA İLE DİREKT İLETİŞİMİN KURULAMADIĞI DURUMDA İLETİŞİMİ SAĞLAYAN KİŞİNİN (ÖRNEĞİN TERCÜMAN):

Adı, soyadı: .....

Adresi: .....

## DOKTORUN BEYANI

- Ben "Aydınlatılmış Hasta **Onam Formu**" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.
  - Hastaya soru sorması fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.
  - **İADİ VAKESİ:** **TARİH:** 12.12.2010

**DOKTORUN ADI SOYADI:**

ZASI-KAŞESİ:

FARIH 20

**NOT:** Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin e imzası alınır. Hastanın elisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun akımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğuunu kabul etmelidir. Yazılı olarak kaldırılma talebi, ilmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sivi alma, kemoterapi, aydoterapi, yataş süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu **onam** ecerli olacaktır.

*Bu form iki nüsha olarak düzenlenecek, bir nüshası hasta veya yakınına verilecektir.*

