



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

UMİT GÜZELYURT
T.C. No: 10646201808 D.T. 04.10.1988
Yazılı No: 57542843 V.Th: 01.03.2018 12:00
DOKTOR: ESRA DEMİREL
Ortopedi Pol. 9 - Esra Demirel
KURUM: 2022 GSS (BOLGE)
Sıra No 53
TAKİP: 2070AL

sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik yada uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen 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 a kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik ilığı yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sar ve AIDS dahil, erken yada geç dönemde tespit olunabilecek bulaşıcı hastalık riskinin var olduğunu biliyorum, idrak ve r gösteriyor; ve lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum.

• Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır. İş bu belge, 1219 sayılı Kanunun 70.ve 5237 sayılı T.C. Kanunun 26.maddeleri uyarınca 3 nüsha olarak düzenlenmiş, bir nüshası hastaya/hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.

8. Teshis ve tedavi uygulamaları sırasında bana uygulanabilecek lokal/bölgesel, spinal, epidural/omurluk anestezisi yada genel anestezi ile ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave bir risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun yada sinirsin felçleri, beyin hasarı ve ölçür içerdiğini biliyorum.Bütün bu riskleri idrak ediyorum ve onaylıyorum.

9. Uygulamaların tamamı yada bir parçası olarak vücuduma, vücudun bir başka yerinden organ yada doku parçalarının alınabileceğini; yada vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb yabancı cerrahi materyallerin/malzemeleer kullanılabileceğini; bu maddenin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini yada vücut tarafında reddedilebileceğini, enfekte olabileceğini yada beklenen fonksiyonları göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının bunun için ayrı ameliyatlara gerekli olabileceğini biliyorum; bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehliili içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum.

10. Tedavi olmamam durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, yaygın görüldüğünü bildiğim kansızlık/anemi, menenjit dahil olmak üzere mikr kapma/enfeksiyon, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, ameliyat yerinde yada ameliyat yerinden uzakta kanamalerjik reaksiyon, doku ödemi, sara krizi, geçici yada kalıcı organ yada sistem fonksiyon bozukluğu, ifası yada ölüm g olaylarla karşılaşabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin hafif rahatsızlık, kesti-ponksiy bölgesinde uyuşukluk hissi yada kalıcı nedbe/skar izi yada kemik çıkartılması-eklenmesi sonucu kafada, kollarıda y bacaklarda yada vücutta şekil bozukluğu, ameliyat yada ponksiyon yerinden beyin suyu gelmesi, baş ağrısı yada uz süreli/kronik ağrı, ses teli felci sonucu geçici yada kalıcı ses kaybı, yüz, kaş,dış,işitme,yutkunma,göz ve göz hareketleri, id veya büyük abdest kontrolüyle ilgili, yada kişilikle ilgili geçici yada kalıcı fonksiyon kaybı, bir doku yada organ hasarıyla il olarak engelli duruma gelme yada ömür boyu ilaç yada hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması ve uygulamaların sırasında pozisyonlamaya bağlı kısa yada uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyorum ve bu riskleri ka ediyorum.

11. Sağlığım ile ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkartılacak organ, yada dokunun, y görüntülerinin yada bunlardan üretilecek devam dokularının ve edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, yada üretilmesine- itiraz hakkım olduğunun bilincinde ola yetki ve onay veriyorum.

12. Sol/sağ kalçamdaki kırık hakkında bana bizzat doktorlar tarafından bilgi verildi. Kırığının ameliyat ile düzel intramedüller (kemik içersine) çivi yada plak-vida veya benzer bir yöntem ile tespit yapılacağını biliyorum. Ameliyattan so dikkat edeceğim konular bana anlatıldı. Ameliyattan sonra fizik tedavi ve rehabilitasyon gerekebileceğini t anlatıldı.Ameliyat ve kırık bölgesinin damar ve sinir yapılarına çok yakın olduğunu biliyorum. Ameliyat sırasında sonrasında muhtemel komplikasyonlar olan enfeksiyon, kaynamama, geç kaynama, yeniden kırık olması, aksama he bacak arasında uzunluk farkı olması, bacaklardaki damarlarda tıkanıklık, pıhtı (emboli) atması, ölüm riski, bacaklarda k sıjslık olabileceğini biliyorum. Ayrıca hastanın genel durumundaki kırık harici iç hastalıkları ile ilgili problemleri olduğ



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

UMT GÜZELYURT YAS 23
Dokü T.C No:10645201808 D.T: 04.10.1998
Yayımlı No:57542843 V.Th: 01.03.2018 12:12
Yayın DOKTOR ESRA DEMİREL
Reviz Ortopedi Pol. 9 - Esra Demirel
Reviz KURUM 2022 GSS (BÖLGE)
Sıra No 53
TARİH: 2022/08/17

bunlardan dolayı ameliyat sonrası yoğun bakım gerekebileceği, ölüm riski olduğu da detaylı olarak tarafıma anlatıldı. Bunlar ve başka problemlerden dolayı tekrarlayan ameliyatlara 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 aldığım 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 hastayla ilgili oluşabilecek 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 yazılacak alan)"

HASTANIN/ VELİ/VASİ VEYA YAKINININ (YAKINLIK DERECESESİ)

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 için fırsat verdim ve bu soruları yanıtladım.

DOKTORUN ADI SOYADI:.....

İMZA-KAŞESİ:.....

TARİH: 12/8/2022

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin imzası alınır. 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. Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

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