# TEK SORUMLU HEKİMLER İLE İLGİLİ BÖLÜMLER

## Aydınlatılmış Rıza Formu

**9. Hasta Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri**

Tütün ve Tütün Mamulleri: Ameliyatımın öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamulleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme surecimin uzamasına neden olabileceği bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum. Sigara içmek, tedavinin/ameliyatın başarısını kötü yönde etkiler. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri daha fazladır, anestezi nedeniyle ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız, tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

Tedavim/ Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**10. Hastaya Özel Bölüm**

Hastaya ait kişiye özel durumlar ve olası riskler (Bu bölüme hasta kendi el yazısı ile hastalığı, uygulanacak tedavi ve riskleri konusunda kendine özel durumları yazmalıdır):

**11. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği**

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**12. İzinler**

Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor Dr. ....., ve ekibini ameliyatımı yapmaları için yetkilendiriyorum.

Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Yukarıda tanımlanan hastalığım ve onunla ilgili yapılacak girişimin, bu formda okuduğum ve sonrasında hekimim tarafından bana anlatılan birçok risk ve komplikasyon içerdiğini anladım. Bu işlemin sonucunun gerek hastalığımın doğal süreci gerekse işlemin her aşamasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar nedeniyle istendiği gibi olamayacağının da farkındayım. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle ....., ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum. Aydınlatılmış Rıza formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu önerilen müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Girişim başladıktan sonra vermiş olduğum rızanın geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olduğunu biliyorum.

**Dokunun kullanımı:** Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

EVET/HAYIR

**Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum.

EVET/HAYIR

**Fotoğraf/İzleyiciler :** Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla rıza gösteriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

EVET/HAYIR

**13. Rıza Doğrulama**

- Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların riskini biliyorum.
- Müdahalenin risk ve yan etkilerini biliyorum.
- Başarı ve başarısızlık olasılığını biliyorum.
- Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.
- Yapılacak işlemin iyileştirme garantisi olmayabileceğini anlıyorum.
- Bana söylenenlerin tümünü anladım.
- Doktorum tüm sorularımı cevapladı.
- Doktorum burada yazılanları teker teker benim anlayabileceğim şekilde net anlaşılır ve açıklayıcı biçimde bana anlattı.
- Aydınlatılmış Rıza formunun anlamını biliyorum.
- Tedavinin yaklaşık maliyeti konusunda bilgilendirildim.
- Kendi özgür irademle karar veriyorum.
- Müdahaleden makul süre önce ikinci bir görüş almaya yetecek kadar ve burada yazılanları sakince, avantaj ve dezavantajları düşünecek kadar zamanım oldu.
- Aydınlatılmış Rıza formunun içeriğini okudum ve anladım.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- Bu formda hedeflenen girişim veya girişimlerin bir kısmının veya tamamının sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için gerçekleştirilememe ihtimali de olduğunu anlıyor ve kabul ediyorum.
- Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

**14. İmzalar**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hasta (mutlaka kendisi imzalamalıdır.)<br>**Adı soyadı:** | imza : | Tarih: | Saat: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi<br>**Adı soyadı:**<br><br>**Yakınlık derecesi:**<br><br>**Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:**<br>Hastanın bilinci kapalı<br>Hastanın karar verme yetisi yok<br>Hasta 18 yaşından küçük<br>Acil | imza : | Tarih: | Saat: |
| Tanık (Hastanın talep etmesi durumunda)<br>**Adı soyadı:** | imza : | Tarih: | Saat: |
| Cerrahi Ekibin Başı Sorumlu Uzman Doktor<br>**Adı soyadı:** | imza: | Tarih: | Saat: |
| Tercüman (ihtiyaç halinde)<br>**Adı soyadı:** | İmza: | Tarih: | Saat: |

*18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden rıza alınır.

*Formun son sayfasında muhatap tarafından kendi el yazısı ile **“Bu Aydınlatma ve Rıza formunun tüm sayfalarında yazılanlar dikkatle tarafımdan okundu, ameliyatım hakkında bilgilendirme yapıldı, tüm sorularım cevaplandı, kendi rızamla** ..... **işleminin yapılmasına izin veriyorum.”** şeklinde yazılıp imzalanması gerekir.

*Aydınlatma ve Rıza formunun tüm sayfaları muhatap tarafından **“okudum”** yazarak imzalanmalıdır.

*Bu formda mutlaka **bilgilendirmeyi yapan hekimin, hastanın kendisinin veya hastanın yasal temsilcisinin** imzasının bulunması şarttır. Hasta istediği ya da talep takdirde, bir yakını da aydınlatma sırasında yanında olabilir ve rızaya tanıklık edebilir.

*Bu formu iki nüsha olarak basılmalı ve her ikisi de imzalandıktan sonra biri hastaya verilmeli diğeri hastanın dosyasına konulmalıdır.