|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  GENEL AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ | | | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| HHD.RB.28 | 11/03/2019 | - | - | 1/2 |

**HASTANIN**

**ADI VE SOYADI**:                                                 **PROTOKOL NO**:                           **YATIŞ TARİHİ** :

Bana yapılan muayene ve tetkikler sonucu ........................................................... tanısı koyan doktorlarım tedavim için .............................................................................. ameliyatı önerdiler. Ameliyat dışında tedavi seçeneği olmadığını ve tedavi olmadığım takdirde gelişebilecek sorunları bana anlattılar.

Bu ameliyat ile ilgili aşağıda belirtilen risk ve olası tehlikeler tarafıma anlatıldı:

1. Her ameliyatta olduğu gibi genel anestezinin komplikasyonları olabilir. Ameliyat sırasında hastaya narkoz verilecek ve soluk borusuna bir tüp yerleştirilerek solunumu oradan sağlanacaktır. Bu işlem sonrası tüpün çıkarılması gecikebilir ya da mümkün olmayabilir. Bu durumda hasta yoğun bakımda tedavi edilir. Yine anesteziye bağlı komplikasyonlar sonucu 1000 de 1’den daha düşük oranlarda ölüm riski söz konusu olabilir. Ameliyat spinal veya epidural anestezi ile, yani belden yapılan iğne ile  yapıldığı takdirde yine çok düşük oranlarda baş ağrısı, kanama ve enfeksiyon ile ilgili problemler olabilir. Anestezi ile ilgili komplikasyonlar ile ilgili ayrıntılı bilgi anestezi ekibinden alınacaktır ve bu konulardaki sorumluluk anestezi ekibine aittir.
2. Gereken tüm önlemlerin alınmasına rağmen ameliyatta ya da ameliyat sonrasında damarlarda kan pıhtılaşması sonucu akciğer embolisi görülebilir. Bu çok ciddi bir durum olup ölüm riski mevcuttur.
3. Ameliyat sonrası içeriye ya da dışarıya kanama olabilir. Buna bağlı olarak hastaya kan ve kan ürünleri verilmesi gerekebilir. Bunların da kendilerine has komplikasyon ve ölüm riskleri mevcuttur.
4. Ameliyat sonrası karın içinde, akciğerler ve solunum yollarında, idrar yollarında, yarada iltihaplar gelişebilir. Bunlar bazı durumlarda tekrar ameliyat ya da küçük cerrahi müdahaleler gerektirebilirler.
5. ………………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………….

BAİBÜ Diş Hekimliği fakültesinde doktorum ve ekibi tarafından yapılacak müdahalenin faydaları, sonuçları, alternatif olup olmadığı, riskleri, komplikasyonları, işlemin süresi hakkında bilgilendirildim.

Hastalığım ve planlanan girişim hakkında tarafıma yukarıdaki ayrıntılı bilgi verildi, olası komplikasyon ve riskler eksiksiz olarak anlatıldı.

Bunlar geliştiği takdirde ameliyat dahil tedaviler gerekebileceği ancak bazı durumlarda salah veya tam şifaya ulaşılamayacağı bana bildirildi.

Yukarıda belirtilen girişimin ve girişim sırasında, tıbbi zorunluluk olarak gerekebilecek diğer ek girişimlerin uygulanmasını kabul ediyorum.

**□** *Belgenin**bir nüshasını aldım.*

*Not: Lütfen el yazınızla 1 sayfadan oluşan bu onamı “****okudum, anladım”*** *ve kabul ediyorum yazınız ve imzalayınız.*

*Tedavinin kabul edilmemesi durumunda* ***“tedaviyi kabul etmiyorum”*** *olarak yazınız ve imzalayınız.*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  GENEL AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ | | | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| HHD.RB.28 | 11/03/2019 | - | - | 2/2 |

**HASTANIN ADI SOYADI İMZA TARİH: SAAT:**

VEKALET VEREN KİŞİNİN BEYANI (HASTA ONAM VERMEYE UYGUN DEĞİL İSE)

Yapılacak olan ameliyatın kendisi, süresi, sonuçları ve riskleri hakkındaki bilgilendirildim, gerekli açıklamaları okudum ve anladım. Hasta onam vermeye uygun olmadığından ameliyatın yapılmasını vekaleten kabul ediyorum.

**VEKALET VEREN KİŞİNİN ADI SOYADI İMZA TARİH : SAAT:**

ŞAHİDİN BEYANI (Tercihen hasta yakını) Bu formun açıklanmasına ve doktor ile hasta arasında geçen konuşmalara şahit olduğumu onaylıyorum.

**ŞAHİDİN ADI SOYADI İMZA TARİH : SAAT:**

**DOKTORUN BEYANI**

Yapılacak olan ameliyatın kendisi ve sonuçları hakkında açıklamaları yaptığımı ve hastayla ilgili oluşabilecek riskleri anlattığımı beyan ederim. Hastaya soru sorması için fırsat verdim ve soruları yanıtladım.

**DOKTORUN ADI SOYADI KAŞE-İMZA TARİH : SAAT:**