



Doküman Kodu:	HD. RB.101	İlk Yayın Tarihi:	15.11.2019	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	02	Sayfa No:	1 / 4
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Sayın Hasta /Yasal Temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları/bir kısmını reddetmek, kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :

PLANLANAN TEDAVİ/İŞLEM :

İŞLEMİ YAPACAK HEKİM ADI/SOYADI :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

Kan veya kanın içinde bulunan bazı maddelerin ihtiyacı olan kişiye dışarıdan damar yoluyla nakledilmesi işlemidir. Nakledilecek ürün ihtiyaca göre oksijen taşıyan kırmızı kan hücreleri (eritrosit süspansiyonu), enfeksiyonlara karşı savunma görevi yapan beyaz kan hücreleri (lökosit süspansiyonu vb), pıhtılaşmada görev alan kan hücreleri (trombosit süspansiyonu) veya pıhtılaşmaya yardım eden pıhtılaşma faktörlerini içeren solüsyonlar (taze donmuş plazma vb) olabilir. Çok çeşitli nedenlerle kan transfüzyonu yapılabilir. Ani veya uzun süreli kan kaybına yol açan hastalıklar, yaralanmalar, sistemik kanamalar, kanda bulunan ve yukarıda sayılan hayati görevleri yapan hücreleri etkileyen tüm hastalıklarda (özellikle hematolojik ve kanser hastalarında) kan transfüzyonuna gerek duyulur. Kan bankasında çeşitli teknik uygulamalar sonucu hastanın kan grubuna uygun hazırlanan kan veya kan ürünleri damar yolu ile hastaya nakledilir. Hastanın durumuna göre transfüzyon hızlı veya yavaş (en fazla 4 saatte) yapılır. Transfüzyon yapılırken yaşamsal fonksiyonlar (tansiyon, nabız, ateş, solunum sayısı) takip edilir. Kan transfüzyonu hemşire tarafından başlatılır ve ilk 15 dakika hasta, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından gözlemlenir. Hastanın yaşam bulguları, “Yaşam Bulguları Alma Talimatına uygun olarak transfüzyon öncesi, transfüzyon sırası ve transfüzyon sonrası alınır ve “Kan Bileşenleri Transfer ve Transfüzyon İzlem Formuna kayıt edilir. Transfüzyon bitene kadar 30 dk. da bir ve transfüzyon tamamlandıktan 1 saat sonra vital bulgular alınır.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Tedavi başarı oranı: risk gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Doku oksijenizasyonunu iyileştirmek. koagülopatiyi düzeltmek.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Kan bilindiği gibi yaşamsal bir sıvıdır. Özellikle ani gelişen ve kan kaybına neden olan yaralanmalar ve sistemik kanamalarda transfüzyon uygulanmadığı takdirde hasta ölebilir. Yine pıhtılaşma hücre ve faktörlerinin yokluğunda hasta kendiliğinden kanamalara açık hale gelir ve bu hayati tehlike arz eder.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Ateş, kaşıntı, kızarıklık ve diğer alerjik reaksiyonlar gibi minör reaksiyonlar yaklaşık olarak yüzde bir oranında görülür. Kanama, tansiyon düşmesi, böbrek yetmezliği veya ölüm gibi daha ciddi reaksiyonların görülmesi on binde birden azdır. Viral hepatit, HIV görülme oranı ise on binde bir veya beş yüz binde birdir.



Doküman Kodu:	HD. RB.101	İlk Yayın Tarihi:	15.11.2019	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	02	Sayfa No:	2 / 4
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Bu transfüzyon işleminin alternatif tedavileri doktorunuz tarafından anlatılacaktır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Hastanın durumuna göre transfüzyon hızlı veya yavaş (en fazla 4 saatte) yapılır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

Doktorunuz önerdiği ilaçları kullanma talimatına uygun bir şekilde kullanınız. İlaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:**Girişimden Önce Hekime Açıklanması Gereken Durumlar**

Daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Durumlar

Hastalığınıza bağlı olarak hekiminizin direktiflerine uyunuz.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA**YAŞANABİLECEK SORUNLAR:**

Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuzun bilgilendirme yapacaktır.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:

Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz. **Telefon: 0850 811 3400**

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. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.



Doküman Kodu:	HD. RB.101	İlk Yayın Tarihi:	15.11.2019	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	02	Sayfa No:	3 / 4
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin/işlemin amacı, nedenleri ve faydaları, riskleri, komplikasyonları, alternatifleri ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

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 hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

BHT CLINIC İstanbul Tema Hastanesi'nde görmüş olduğum tedavi neticesinde çıkabilecek hukuki ihtilaflarda Türk Hukukunun uygulanmasını, İstanbul Mahkemelerinin yetkili olmasını kabul ediyorum.(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

İmzaRızanın Alındığı Tarih / Saat

...../...../..... ..:.....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hasta / yasal temsilcisi

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

İmzaRızanın Alındığı Tarih / Saat

...../...../..... ..:.....

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim tarafından dolduracak):.....
.....

Yukarıda ismi yazılı hastaya/ yasal temsilcisine tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi/işlem, bu tedavinin/işlemin amacı, nedeni ve faydaları, tedavi/işlem sonrası gereken bakım, tedavinin/işlemin riskleri ve komplikasyonları, tedavinin/işlemin alternatifleri, tedavi/işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/ yasal temsilcisi , tedaviye/işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Tedaviyi/İşlemi Uygulayacak Hekim

Adı Soyadı:.....

Unvanı :.....

İmza

Tarih / Saat

...../...../..... ..:.....



Doküman Kodu:	HD. RB.101	İlk Yayın Tarihi:	15.11.2019	Rev. Tarihi:	01.07.2023	Rev. No:	02	Sayfa No:	4 / 4
---------------	------------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

...../...../.....

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetlerinizde veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta Hakları Birimine, geceleri ise Süpervizör/Gece İdari Amirine başvurabilirsiniz.

*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu rıza (onam) belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.