**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı, “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”un 70. maddesi ve 01 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı yönetmelikle değiştirilen 26. maddesi uyarınca tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastaya ya da kanuni temsilcisine imzalatılması gereken Rıza Formu’dur.

İki nüsha olarak düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir.

A. Doktorum tarafından tıp dilinde ...............................................................................................

 (Hastanın tanısı doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

........................................................................................................................................................

olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;

- Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,

- Önerilen girişim / işlem / ameliyatın

a. kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi,

b. beklenen yararları,

c. başarı şansı,

d. ölüm dahil karşılaşılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,

e. önerilen girişim / işlem / ameliyatın tarafımca reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler,

- Önerilen girişim / işlem / ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak

a. ilaçların önemli özellikleri,

b. gerekebilecek kan, kan ürünü transfüzyonları ve bu transfüzyonların olası riskleri,

- Ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin olası sorunlar ve dikkat etmem gereken hususlar,

- Değerlendirilebilecek diğer tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği faydalar, riskler ve sağlığım üzerindeki olası etkileri,

- Sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

- Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim. Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım.

B. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.

C. Planlanan girişim / işlem / ameliyat sırasında ve bilincimin kapalı olduğu aşamada hayati tehlikeye neden olacak acil bir durum ya da bir organ / fonksiyon kaybına yol açacak bir risk söz konusu olduğu takdirde, doktorumun ve diğer sağlık personelinin bu durumu önlemek amacıyla girişim, işlem ya da ameliyatları yapması için yetki veriyorum.

D. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılmasına izin veriyorum.

E. Bana uygulanacak girişim, işlem ya da ameliyat gerektirdiğinde, vücut dışı ve içi fotoğraf çekilmesine, diğer görüntüleme işlemlerinin yapılmasına ve gizliliği sağlanarak arşivlenmesine izin veriyorum.

F. Söz konusu girişim, işlem ya da ameliyatın ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem / ameliyat yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.

G. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim, işlem ya da ameliyatların yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak onay ve yetki veriyorum.

...........................................................................................................................................................

 (Yapılacak tıbbi müdahale doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

...........................................................................................................................................................

Varsa taraf belirtiniz:  Sağ  Sol ......................................................................................

İki sayfadan oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okutturduğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim.

 Tarih: .......... / ............. / ............. Saat: ......................

 Hastanın ya da (\*)Hukuki Temsilcisinin

 Adı Soyadı: .................................................................. İmzası

 (\*) Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi: .................................

 Doktorun Adı Soyadı: ................................................. İmzası

 (\*\*) Çevirmen - Tanık Adı Soyadı: ............................ İmzası

(\*) Hastadan imza alınamadığı durumlarda;

• Çocuk hastanın anne / babasından,

• Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,

• Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

(\*\*) Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.

**INFORMED CONSENT FORM**

In accordance with Article 70 of Law No. 1219 dated on April 11, 1928, entitled “Concerning the Mode of Execution of Medicine and Medical Sciences” and Article 26 of the “Patient Rights Regulations” passed on August 1, 1998 and amended on May 8, 2014 as per Regulation No. 28994: this is the Consent Form that is required to be signed by patients or their legal representatives prior to medical, invasive and surgical interventions.

This form is issued in two copies, one of which is provided to the patient.

A. Regarding my disease, described as ..........................................................................................

 (Diagnosis of patient to be written by the physician. Do not use abbreviations.)

.........................................................................................................................in medical literature

I have been informed on the following:

- My medical condition, its possible reasons and natural course,

- About the recommended intervention / procedure / surgery:

a. the surgeon, location, method and estimated duration

b. expected benefits,

c. likelihood of success,

d. all risks including death, possible complications and other problems,

e. risks that may be encountered if I reject to have the intervention / procedure / surgery performed,

- Significant characteristics of the drugs to be used during or after the

a. recommended intervention / procedure / surgery,

b. blood, blood product transfusions that might be required and possible risks thereof,

- Possible problems related to the postoperative recovery period and significant matters to be considered,

- Other diagnosis and treatment options to be considered and their benefits, risks and possible

effects on my health,

- Lifestyle recommendations that are critical to my health,

- How to contact and get access to medical assistance when required. I have asked and got informed about the matters that I couldn't understand.

B. I know that no specific guarantees can be given to me about the results.

C. If any emergency that can risk my life occurs or any risk emerges that could lead to an emergency or an organ / function loss during the planned intervention / procedure / surgery and when I am unconscious; I hereby authorize my physician and other health personnel to perform interventions, procedures or surgeries to prevent such risks.

D. I consent to performance of blood and blood product transfusion when needed during my treatment.

E. If required by the intervention, procedure or surgery, I consent to intracorporeal and extracorporeal photographing, other imaging processes, and archiving thereof as long as privacy is maintained.

F. I have been informed about the average cost of the intervention, procedure or surgery. I understand that this cost might change if any additional medical intervention / procedure / surgery is required.

G. I voluntarily consent and give my authorization to the performance of below-stated interventions-procedures or surgeries as deemed necessary.

 ...........................................................................................................................................................

 (Medical intervention to be written by the physician. Do not use abbreviations.)

 ...........................................................................................................................................................

State the side, if any:  Right  Left........................................................................................

I declare that this form consisting of two pages has been explained to me, and I have read or had read to me and understood its content.

 Date: .......... / ............. /............. Time: …………….

 Name of patient or (\*) legal representative: ................................................................................

 signature

 (\*)Degree of the legal representative: ...........................................

 Name of physician: ..................................................... signature

 (\*\*)Name of translator - witness: .............................. signature

 (\*) In the cases when signature of patient cannot be received;

• Mother/father of child patient

• Guardian of patient who is under guard

• Legal representatives of the mentioned people give the consent.

(\*\*) If patient is visually handicapped, consent is taken accompanied by a witness.