



KAN VEYA KAN KOMPONENTİ TRANSFÜZYONU (ÜROLOJİ)



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/212	10.10.2019	-	-	Sayfa 1 / 3

Hastanın Barkodu:

Sayın hastamız, lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/tehdaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığını ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Tanısal girişimlerin, tıbbi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığını ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Okuma - yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, "Hasta bilgilendirme ve rıza belgesini geri çekme tutanağı" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

Hastalığınız nedeniyle size (veya velisi/vasisi bulunduğunuz kişiye) başkasından alınan kanın veya bu kanın ayrıştırılması ile elde kan komponentlerinin (eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma, kriyopresipitat, trombositten zengin plazma, granülosit süspansiyonu) nakli, yani transfüzyonu gerekmektedir. Bunlar doğrudan hastalığınızı tedavi etmek veya size uygulanan bir tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan yetersizlikleri gidermeye yöneliktir. Bunların ne nedenle verilmesi gerektiği hekiminiz tarafından size açıklanacaktır.

Transfüzyon için kullanılacak kan ve komponentleri, standartlara uygun ve güvenli bir şekilde hazırlandığı denetlenen kan bankalarından temin edilmektedir. Kan bankalarında kan bağışçıları riskler açısından dikkatle sorgulanmakta, ayrıca kanlar yasal ve bilimsel olarak yapılması zorunlu olan bazı testlerden geçirilmektedir. Transfüzyon yoluyla bulaşan bazı önemli hastalıklar (Hepatit B, Hepatit C, AIDS, Frengi) test edilmekte ve pozitif çıkan kanlar kesinlikle kullanılmamaktadır. Ancak kan yolu ile bulaşabilen her hastalığın test edilmesi mümkün olmadığı gibi, test sonuçları negatif çıkmış bir kanla herhangi bir hastalığın bulaşmayacağına %100 garantisini vermek de mümkün değildir. Size en uygun kanın seçilmesi açısından da gereken testler (kan grubu, cross-match, gereğinde antikor tarama tanımlama gibi) yapılmaktadır. Ancak bazı durumlarda size tam uygun bir kan bulunamayabilir. Bu durumda da izlenecek yol hakkında hekiminiz tarafından size bilgi verilecektir.

Yasal ve bilimsel olarak yapılması gereken tüm işlemler eksiksiz bir şekilde yerine getirilmiş olsa bile kan veya komponentlerinin transfüzyonu sırasında veya sonrasında, verilen kana veya size ait faktörlere bağlı olarak istenmeyen bazı yan etkiler ortaya çıkabilir (ateş, alerjik reaksiyonlar, duyarlanma, enfeksiyon bulaş, hemolitik reaksiyonlar, akciğer ödemi, graftversus-host hastalığı, trombositopeni, demir birikimi vs gibi). Bunların arasında ateş ve alerjik reaksiyonlar nadiren, diğerleri ise çok nadiren gelişebilir. Bu yan etkilerden herhangi biri açısından özel riskli bir durumunuz var ise hekiminiz size bilgi verecek ve mümkün ise önleyici tedbirleri de alacaktır. Ancak yine de tüm yan etkilerin %100 önlenmesi mümkün olmayabilir.

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR



KAN VEYA KAN KOMPONENTİ TRANSFÜZYONU (ÜROLOJİ)



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/212	10.10.2019	-	-	Sayfa 2 / 3

Kan veya komponentlerinin hangilerinin ne sıklıkta size verilmesi gerektiği doktorunuz tarafından size bildirilecektir. Kişisel farklılıklar ve hastalığınızın seyri sırasında ortaya çıkabilecek değişiklikler nedeniyle verilecek kan veya komponentin türü, sayısı ve sıklığı değişiklik gösterebilir. Doktorunuz kan veya komponentlerinin naklinden umulan yarar, ortaya çıkabilecek riskler, yan etkiler ve işlemin nasıl gerçekleştirileceği konusunda size bilgi verecektir. Doktorunuzdan konuyla ilgili ayrıntılı bilgi alma, merak ettikleriniz hakkında soru sorma ve bu sorulara cevap alma ve serbest iradenizle karar verme hakkına sahipsiniz.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılacağı:

Sağlık mevzuatı gereği bir bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konu ve sosyal güvenceniz kapsamında resmi ve özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Hastanemizde 24 saat sağlık hizmeti sunulmakta olup gerektiğinde bizzat hastanemize başvurabilirsiniz.

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:



KAN VEYA KAN KOMPONENTİ TRANSFÜZYONU (ÜROLOJİ)



T.C. Sağlık Bakanlığı

HASTA RIZA BELGESİ

Mudanya Devlet Hastanesi

Doküman Kodu	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa No
HD/RB/212	10.10.2019	-	-	Sayfa 3 / 3

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Aşağıdaki kutu içine kendi el yazınızla:

“Okudum, anladım, kabul ediyorum, bir nüshasını elden teslim aldım.”
yazınız...

Hastanın Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 1. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

Hastanın 2. Velisi/Yasal Vasisinin Adı-Soyadı ile imzası :

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

Op. Dr. Gökçe DÜNDAR