

Hastanın Adı Soyadı:

Ben,..... doktorumun bana/hastama tanı ve/veya tedavi amaçlı bir operasyon yapılacağını açıkladığını kabul ederim. Doktorum bana/hastama yapılacak işlemin riskleri tavsiye edilen alternatif tedavi uygulamalarını, tedavi sonucunda beklenen sonuçları ve tedavi edilmediğim takdirde durumumun ne olabileceğini açıkladı. Aynı zamanda, doktorumun operasyonu yada planlanan işlemi gerçekleştirebilmesi için anestezi verilmesine ihtiyaç olduğunu anlamaktayım. Bana/hastama tüm anestezi uygulamalarının bazı riskleri olduğu ve bana/hastama uygulanacak işlem vey tedavinin sonuçları ile ilgili herhangi bir garanti veya söz verilemeyeceği açıklandı. Nadiren de olsa, anestezi uygulamaları sırasında ve/veya sonrasında enfeksiyon gelişimi, kanama, ilaç reaksiyonları, kan pıhtılarına bağlı komplikasyonlar, duyu kayıpları, uzuv fonksiyon kayıpları, paralizi (yarı felç), inme, beyin hasarı, kalp krizi ve/veya ölüm gibi önemli komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu risklerin her tür anestezi uygulamalarında gelişebileceğini ve spesifik anestezi uygulamalarında, bu uygulamalara bağlı farklı riskler oluşabileceğini anlamaktayım. Aşağıda belirtilen anestezi uygulamalarından bir veya birkaçının benim fiziksel durumuma, doktorumun bana uygulayacağı işlemin tipine, doktorumun ve benim/hastamın tercihinine göre bana/hastama yapılacak işlem sırasında kullanılacağını anlamaktayım. Bana/hastama, bazı durumlarda, sedasyon olsun ya da olmasın, lokal anestezi dahil, bir anestezi tekniğinin başarılı olmayabileceği ve bu nedenle genel anestezi de dahil olmak üzere bir başka anestezi tekniğinin uygulanabileceği açıklandı.

<input type="checkbox"/> Genel Anestezi	Teknik	Damardan ilaç vererek, gaz solutarak veya ikisi birlikte (nefes borusuna tüp yerleştirme olasılığı)
	Olması beklenen Riskler	Tam bilinç kaybı ve ağrı duymama hali Boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ağız ve diş hasarı, anestezi altında iken farkında olma, aspirasyon, akciğer iltihabı
<input type="checkbox"/> Spinal veya Epidural Analjezi/Anestezi	Teknik	Bir iğne veya kateter ile omurilik sıvısına veya omurilik çevresine ilaç uygulaması
<input type="checkbox"/> Sedasyon ile	Olması beklenen Riskler	Vücudun alt kısmında geçici süre ile his kaybı ve/veya hareketsizlik
<input type="checkbox"/> Sedasyon yok		Baş ağrısı, bel ağrısı, kulakta basınç hissi, nöbet, enfeksiyon, kalıcı güçsüzlük, hissizlik, yetersiz, ağrı kontrolü
<input type="checkbox"/> Periferik Sinir Blokları	Teknik	Girişim bölgesinde his kaybını sağlayacak sinirlerin yakınına ilaç verilmesi
<input type="checkbox"/> Sedasyon ile	Olması beklenen Riskler	Belli bir bölgede geçici his ve/veya hareket kaybı
<input type="checkbox"/> Sedasyon yok		Enfeksiyon, nöbet, güçsüzlük, kalıcı hissizlik, yetersiz ağrı kontrolü, kan damarlarında hasarlanma veya sinirlerinde hasarlanma
<input type="checkbox"/> İntravenöz Rejyonel Anestezi	Teknik	Turnike kullanılarak kol veya bacakta kan dolaşımı durdurulur, damardan ilaç verilir
<input type="checkbox"/> Sedasyon ile	Olması beklenen Riskler	Kol veya bacakta geçici his ve/veya hareket kaybı
<input type="checkbox"/> Sedasyon yok		Enfeksiyon, nöbet, güçsüzlük, kalıcı hissizlik, yetersiz ağrı kontrolü, kan damarlarında hasarlanma
<input type="checkbox"/> Monitorize anestezi takibi	Beklenen sonuçlar	Ruhsal huzursuzluk ve ağrıda azalma, parsiyel veya total hafıza kaybı
<input type="checkbox"/> Sedasyonlu	Teknik	Akciğerlere solutularak, damar içine enjekte edilerek veya başka yollarla ilaç uygulanması
	Riskler	Tam bilinç kaybı, solunum baskılanması kan damarlarında hasarlanma
<input type="checkbox"/> Monitorize hasta takibi	Beklenen sonuçlar	Hayati bulguların ölçülmesi ve takibi, anesteziye ileriki müdahaleler için hazırlıklı olma imkanı
<input type="checkbox"/> Sedasyonsuz	Teknik	Yok
	Riskler	Aşırı farkında olma. Anksiyete ve/ veya rahatsızlık durumu

Ben,..... yukarıda belirtilen anestezi uygulamaların ve bu

uygulamalar sırasında yapılması gereken tüm işlem ve müdahalelerin anestezi vermeye yetkili kişilerce bana/hastama uygulanabileceğini onay vermekte, yetkili anestezi uzmanı tarafından gerekli görüldüğü alternatif anestezi tiplerinin ve uygulamalarının da kullanabileceğini **kabul etmekteyim.**

Aşağıda belirttiğim taleplerimi;(Yoksa lütfen BOŞ bırakınız)

1-.....

2-.....

3-.....

Bu formu okuduğumu veya bana okunduğunu, anestezi uygulamalarının **risklerini**, alternatiflerini ve beklenen sonuçlarını anladığımı, bana/ hastama soru sorma ve fikrimi/taleplerimi belirtme imkanı verildi kabul **eder** ve doğruluğunu onaylarım.

Hasta Adı Soyadı: Hasta imzası: Tarih ve Saat

Hasta yakını imzası: Hasta yakınlık Derecesi:

Şahit imzası:

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dr.

İmza:.....