

İSTANBULONKOLOJİ HASTANESİ

GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ İŞLEMİ ÖNCESİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Hasta Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Uygulanacak işlem:	-Gastroskopi -Fleks. Sigmoidoskopi	-Kolonoskopi - Diğer	-Retroskopi
İşlemi yapan Hekim :			
Premedikasyon :	-Yapılmayacak	-S/A	-Anestezi
İşlem Tarihi :			

Bilinen hastalıklarınız ve sağlık bilgilerinizi aşağıda işaretleyiniz.

- Kalp Hastalığı -Kalp yetmezliği -Geçirilmiş kalp krizi - Ritm bozukluğu/ Kalp pili
- Kalp kapak hastalığı/kalp kapak hastalığı: Antibiyotik uygulaması için işlemden bir gün önce hekiminizden bilgi alınız.
- Kanama sorunu :Özel kan hastalığınız varsa belirtiniz, Coumadin, Aspirin gibi kan sulandıran ilaçları işlemden 3 gün önceden kesiniz.(Acil işlemler hariç)
- Şeker hastalığı: Hastalığınız hakkında bilgi veriniz, işlem için aç kalacağınızdan işlem günü şeker ilacı veya insülin uygulamayınız. Açlık süresinin uzamaması için randevunuzu erken saate alınız.
- Böbrek yetmezliği: Müshil, çok su içme uygulaması gerektiren işlemler için hekiminizden bilgi alınız
- Karaciğer hastalığı: Müshil, çok su içme uygulaması gerektiren işlemler için hekiminizden bilgi alınız.
- Yüksek tansiyon: Tansiyon ilacı almanız gerekiyorsa, tansiyonunuzu kontrol ettirerek kullanınız. Müshil uygulaması sırasında tansiyon düşebileceğinden ilacınızı işlem günü almayınız.

ONAM

Doktorumun yetkisi, gözlemi ve yönetimi altındaişlemini üzerimde / vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine yetki veriyorum.

Doktorum nasıl bir girişim yapılacağını, amacını, yararlarını ve alternatif yöntemlerini, olası risk ve komplikasyonları açıkladı ve sorularımı yanıtladı.

Yukarıda adı geçen hekim ve ekibinin, girişimin seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak gerekli görmesi halinde ek girişim gerçekleştirmesine yetki veriyorum. Kuruma, yetki verdiğim girişim sırasında çıkarılan dokuların muayene, tetkik ve imha edilmesi için izin veriyorum

Yapılacak girişim sırasında anestezi ve/veya sedasyon gerekli olursa, bu işlemlerin anestezi uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin uzman hekim tarafından uygulanacağı açıklandı. Anestezi ve sedasyon uygulamasının amacı, yararları ve alternatif yöntemler, olası risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi verildi ve sorularım yanıtlandı.

Herhangi bir ihtilaf durumunda ödenecek tazminatın sigorta limitleri ile sınırlı olduğunu kabul ediyorum. Yukarıda yazanların tümünü okudum, anladım. Yapılacak işlemlerle ilgili soru sormama izin verildi ve sorularım yanıtlandı.

Yukarıdaki metnin tamamını okudum ve anladım.

Hasta Adı Soyadı:

Tarih