

Ameliyat ve Cerrahi Girişim Aydınlatılmış Onam Formu

Cerrahi operasyonlar öncesinde hasta ve hekimi koruyan kapsamlı yasal bilgilendirme belgesi.

Formun Amacı

Hastaya yapılacak cerrahi girişimin mahiyeti, beklenen yararları, olası riskleri, anestezi komplikasyonları ve ameliyat esnasında doğabilecek öngörülemez durumlarda hekimin müdahale yetkisini yasal zemine oturtmak.

Yasal Dayanak

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Ceza Kanunu Tıbbi Müdahale Hukukiliği ve Yargıtay Hukuk Genel Kurulu Malpraktis İçtihatları.

Kişi Bilgileri ve Beyanlar

Hasta Adı Soyadı *

T.C. Kimlik Numarası *

Doğum Tarihi *

Cinsiyet *

☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Belirtmek istemiyor

Yapılacak Cerrahi İşlem *

Sorumlu Cerrah / Hekim *

Kan Grubu *

☐ A Rh+ ☐ A Rh- ☐ B Rh+ ☐ B Rh- ☐ AB Rh+ ☐ AB Rh- ☐ O Rh+ ☐ O Rh-

Cerrahi İşlemin Tanımı ve Gerekçesi

- Hastanın teşhisi ve ameliyatın tıbbi gerekliliği
- Uygulanacak cerrahi tekniğin açık/kapalı (laparoskopik vb.) yapısı
- Operasyonun tahmini süresi ve iyileşme periyodu

Anestezi Bilgilendirmesi ve Riskleri

- Genel, spinal, epidural veya sedasyon anestezisi tercihleri
- Anesteziye bağlı alerjik reaksiyonlar ve solunum/kardiyak riskler

Öngörülemeyen Acil Müdahale İzni

- Operasyon sırasında hayati tehlike veya öngörülemeyen ek durum geliştiğinde cerrahın gerekli gördüğü ilave müdahaleyi yapabilme yetkisi

Tanık, Vasi ve Hekim Onay Şerhleri

- Hastanın ayırt etme gücü ve kendi rızasıyla imzaladığı beyanı
- Varsa vasi/veli veya tanık imzası
- Sorumlu cerrah ve anestezi uzmanı imzası

Onay Beyanı

Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım; sorularıma yanıt aldım. Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, belirtilen hizmetin tarafıma uygulanmasını özgür irademle kabul ederim.

Ad Soyad / İmza

Tarih: / /

Uygulayıcı Ad Soyad / İmza

Tarih: / /