



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

Hastanın Adı-Soyadı : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

T.C. Kimlik numarası : \_\_\_\_\_

Bilgi İşlem numarası : \_\_\_\_\_

Adresi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hasta yakını / Veli / Vasisinin Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Yeminli tercüman var ise Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Özürülüler için ilgili sosyal hizmet uzmanı  
var ise Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Sayın Hastamız,

Aşağıdaki açıklama formu, size yapılacak işlemler hakkında aydınlatıcı bilgi verecektir. Sizi, doktorunuz ile yapacağınız görüşmeye hazırlayacaktır. Bu görüşmede, sizin için en uygun olan tedavi metodu değerlendirilecek ve planlanan girişimin riskleri ve yan etkileri hakkında tarafınıza detaylı açıklama yapılacaktır. Takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı rızanız alınacaktır.

Hastanemizin eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle, uzmanlık eğitimi gören asistan hekimler, uzman gözetiminde tedavinizde aktif olarak yer alabilirler. Hastalığınızla ilgili klinik araştırmalar yapılabilir. Kimliğiniz belli olmadan yapılan işlemle ilgili olarak tutulan kayıtlar eğitim, araştırma ve bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir.

**BU FORMU LÜTFEN DİKKATLE OKUYUNUZ.** Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Görevimiz size yardımcı olmaktır.

### Sayın hasta / vekili veya hastanın yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına, ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek, ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Bu belge sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Tedaviye başlamadan önce sistemik rahatsızlıklarınızı (kalp, şeker hastalığı, tansiyon vb), bulaşıcı bir hastalığınız olup olmadığını (hepatit gibi), hamilelik durumunuzu, alerjik durumunuzu ve varsa kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgilerinizi hekiminizle paylaşmanız güvenliğiniz için önemlidir. Bu rıza belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanı ve tedavisi için size önerilen işlem ve / veya tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Amacımız, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir şekilde ortak etmektir. Yapılacak tıbbi tedavi ve / veya uygulamaların yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra, yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Size yapılacak işlemlere izin verme sürecinde, sizin belirleyeceğiniz bir kişinin "görüşme tanığı" olarak kalmasına izin verebilirsiniz; şayet iletişim sıkıntınız var ise, okuma - yazma veya dil iletişimini bu kişi vasıtasıyla sağlayabilirsiniz.

İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavilerinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde "Bilgilendirilmiş Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı" düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya yazılı olarak yetki vereceğiniz bir yakınınıza verilebilecektir.

Hastanın Ön Tanısı / Muhtemel Tanılar / Tanısı : \_\_\_\_\_

Hastaya Planlanan Tedavi / İşlem ve Uygulamalar: \_\_\_\_\_



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

### **BİLGİLENDİRME BÖLÜMÜ:**

#### **SAYIN HASTA / VEKİLİ VEYA HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ;**

Yukarıda yazılı olan hastalığınızdan ötürü size yaş kupa (wet cupping) terapisi yapılmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviyi, siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde yapacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilendenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız. Eğer kabul ederseniz size, doktorunuz tarafından kupa terapisi uygulanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır

**Kupa Uygulaması;** Kan dolaşımını arttırmak için bölgesel vakum oluşturmaya dayanan kuru kupa uygulaması ile belli vücut noktalarında bölgesel vakumla beraber yüzeysel cilt kesikleri oluşturarak kanın alındığı yaş kupa uygulamasıdır.

Yaş Kupa Uygulaması, deri altındaki birikmiş, damarda dolaşmayan, atıl kalmış, vücuda zararlı ve biriktiği noktada ilgili organa zarar veren pis kanın ve toksik maddenin vücuttan dışarıya atılması işlemidir. Bu işlem tarihte eskiden hayvan boynuzları ile şimdi ise bardak veya daha teknik bir şekilde plastik havalı vakumlar ile yapılmaktadır. Her ne şekilde yapılırsa yapılsın, vakumlama ile yapıldığı için mikropların deri altına veya damara gitmesi ihtimali çok düşüktür.

Hekim, Yaş Kupa Uygulaması yapılacak bölgeyi genelde bistüri / jiletle ince ince keser veya lanced pen (kan şekeri ölçmek için parmakları delen kalemler) ile ilgili bölgeyi deler ve vakumla kılcal kanı boşaltır. Yaş Kupa Uygulaması normal şartlarda damardan kan verme işlemi ile kıyaslanamaz. Çünkü kan verme işleminde temiz kan kollardan alınır. Ama bu uygulamada ise hem deri altından hem toplardamardan hem atar damardan pis kan ve toksik madde alınır.

#### **İŞLEMİN YAPILMASINI GEREKTİREN HASTALIK YA DA SEMPTOMUN MUHTEMEL SEBEPLERİ, NASIL SEYREDECEĞİ, İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**

Yaş Kupa Uygulaması kan ile alakalı bir işlem olduğu için vücuttaki kirli kanı almakla kandaki toksinler ve kullandığımız ilaçlardan dolayı kanda bulunan ve bize zarar veren maddeler tehlikesiz bir şekilde vücuttan uzaklaştırılır.

Yaş Kupa Uygulaması ile insanlar; anında tesir gösteren, emin, tehlikesiz, yan tesirsiz ve ucuz bir şekilde tedavi olma imkânı bulurlar. Yaş Kupa Uygulaması ile tedavi olunan hastalıkların bazıları şunlardır.

- Baş ağrısı, yarım baş ağrısı ve sinüzit,
- Tembellik, uyku fazlalığı,
- Yüksek tansiyon ve şeker hastalığı,
- Prostat ve cinsel zayıflık,
- Sırt ağrısı, bel ağrısı (lumbago), diz ağrısı, yanlarda uyuşukluk,
- Hormon bozukluğu,
- Yumurtalık hastalıkları, vb gibi benzer birçok kadın hastalığı.

#### **İŞLEMİN KİM TARAFINDAN NEREDE, NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ:**

Yaş Kupa uygulamaları, konunun uzmanı veya yetkilendirilmiş sertifika sahibi hekimlerce yapılacaktır. İşlemin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi hastaya uygun olan şekli ile bildirilir. Her hastalık /durum ve her hasta / sağlıklı kişi için, şahsın kendisine özel olarak yapılacak uygulamaya dair bilgi verilir, ancak uygulamanın ortalama süresi yarım saat civarındadır.

#### **İŞLEME ALTERNATİF TANI SEÇENEKLERİ VE ALTERNATİFLERİN HASTA SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ:**

Yaş Kupa uygulaması yaptırmak istemediğiniz takdirde kuru kupa uygulaması şeklinde tedavi seçeneği mevcuttur.



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

### İŞLEMİN MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI:

Her tıbbi müdahalenin bir yan etkisi vardır. Her uygulamanın örneğin kan almanın bile iğne batırırken ağrı veya kanama gibi yan etkileri vardır. Tüm dünyada yaygın olarak yüzyıldır binlerce kere uygulanan doğal tedavi metodu olan kupa uygulamasının bahsedilen yan etkileri çok azdır. Hacamat tedavisi esnasında baş dönmesi, mide bulantısı olabilir. Bunun sebebi ya uzun süre açlık ya da kanı görünce psikolojik etkilenme ve vaso-vagal reflektir. Buna halk arasında “kan tutması” denir. Bir başka yan etki sayılabilecek durum aşırı terlemedir. Bunun vücuda hiçbir zararı yoktur. Hastaların sadece yan yatırılması ile bile bütün bu sayılanların düzelmesi mümkündür. Hacamat tedavisi sonrası hafif baş dönmeleri de olabilir. Bütün bu belirtiler birkaç dakika içinde olabilir ve biter. Bu yönleri ile hacamat tedavisi (yaş kupa terapi) güvenli bir yöntemdir. Hacamat *tedavisinden* sonraki yan etki sayılabilecek bir başka durum eğer kupa çok bekletilmişse kupanın ciltte tuttuğu yerlerdeki tahriş ve dairesel alan içindeki morluklardır. Ayrıca çiziklerden enfeksiyon bulaşması ihtimali vardır. Çizikleri derin atılması halinde de yara izleri kalabilir.

Kupa yönteminin uygulanmayacağı bazı durumlar da mevcuttur. Trombofilebit (damarda pıhtı), aktif yaralar, cerrahi yaralar, dekompanse (kontrol altında olmayan) kalp hastalığı, anemi (hemoglobin 9,5mg/dl'nin altı, kansızlık), hemofili (kan hastalıkları), kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, antiagregan (kan sulandırıcı) ilaç kullanımı durumunda ve varisin doğrudan üzerine kupa uygulanmaz. Çok ihtiyar ve zayıf kişilerde, kalp yetmezliği olanlarda, hamilelerde, anemisi olan (kansız) kişilerde, AİDS – HIV hastalarında, tansiyonu çok düşük olan kişilerde, küçük çocuklarda, çok hassas ve korkan kişilerde dikkatli yapılması veya duruma göre kuru kupa tedavisi (kansız) gerekebilir.

### İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLERİ:

Fitoterapi uygulamalarını reddetmeniz durumunda sadece sağlayacağı faydalardan yoksun kalmış olursunuz, varsa size verilmiş olan modern tıbbi tedaviye devam edebilirsiniz. Fitoterapi uygulamalarını reddetmeniz sizde ölümcül bir tehlike oluşturmaz, çünkü fitoterapi aslı tedaviniz değil, tedaviye yardımcı bir uygulamalar bütünüdür.

### İŞLEMDE KULLANILACAK MALZEME, DROG ve ÜRÜNLERİN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ:

İşlemden steril vakumlu özel kupalar ve bistüri / jilet ağızları, normal pansuman malzemesi ve koruyucu krem / bitkisel uçucu yağla vb kullanılacak olup tüm malzemeler hijyenik, TSE standartlarında hastane malzemesi olacaktır.

### HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Tedaviye başlamadan önce hastaların alerjik durumlarının olup olmadığını ve sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması zorunludur. Hekim, gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir.

Hacamat aç karnına yapılır; hacamat *tedavisine gelecek kişiler çok aç olmamalı tedaviye gelmeden üç saat önce bir şeyler yemelidir. Son üç saat kala bir şey yememeli ancak kafeinli içecekler hariç sıvı gıda tüketebilir.* Hacamatdan sonra asgari iki saat kadar bir şey yenilmemeli, *sigara içilmemelidir.* Hacamatdan sonra iştah biraz açılabilir. Mümkün olduğunca günü hafif gıdalarla geçirmek hacamatın faydasını artırır. Sonrasında iki gün saat cima yapılmaması (cinsel ilişkiye girilmemesi) hacamatın faydasını artırır. Uygulamadan 12 - 24 saat sonra duş alınabilir. Lakin duştan hemen sonra yara izlerinin olduğu bölgeye zeytinyağı veya nemlendirici-yagli bir krem sürülmesi iz kalmaması ve yaraların çabuk iyileşmesi bakımından fayda sağlayabilir. Hacamatdan sonra sirkeli su veya bal şerbeti içmek faydalıdır. Zira her iki gıdanın ortak özelliği damar açıcı olmasıdır. Hayvansal gıdaların hemen hepsinde protein olup kan dolaşım hızını yavaşlatır. Bu nedenle asgari 24 saat öncesi mümkünse 48 veya 72 saat öncesi hayvansal gıda perhizi yapılır. Bütün bu sayılanlar hacamat tedavisinden maksimum faydalanmayı sağlayan yardımcı faktörlerdir.

### GEREKTEĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ:

Bu işlemi hastanemizde yaptırmak istemez iseniz aynı konuda hizmet veren diğer kamu hastaneleri veya özel sağlık kuruluşlarının (varsa) **kupa terapi (cupping / hacamat) uygulama merkezi / birimi** bölümlerinden hizmet alabilirsiniz. **Hastanemizde yapılan uygulamalar için her hangi bir istenmeyen durum olduğunda polikliniğimize veya acil servisimize başvurabilirsiniz.**



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKÂİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

### İŞLEM KABUL (ONAY)BÖLÜMÜ:

Ben \_\_\_\_\_;

Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, **S.B.Ü ZEKÂİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ' nin** Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi'ni hemşire, sağlık teknisyeni, asistan ve uzman doktorları ile birlikte yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Doktorlar bana, \_\_\_\_\_ şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Teşhis ve tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler. Yaş Kupa uygulamasının tüm bu süreçte yardımcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini izah ettiler ve oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az veya çok tehlikeli ihtimalleri sayarak beni bilgilendirdiler. Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, aydınlanmış, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemin kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini, Yaş Kupa uygulamasında kullanılan ürünlerin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme kapsamında olmadığını, kendi param ile almam gerektiğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerime alıyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktorlar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum. Bu başvuruya ilgili olarak yapılacak Yaş Kupa uygulamalarını fizik tedavi, enjeksiyon ve ameliyat dahil her türlü uygulamanın, gerekli / zorunlu hallerde tamamlanamayabileceğini, birden fazla seanslara bölünerek birbirini izleyen ayrı uygulamalar/ameliyatlar halinde yapılabileceğini veya hiç uygulanmayabileceğini biliyor ve onaylıyorum.

Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm hastalıkları teşhis veya tedavi edemeyebileceğini; bu başvuruda bulunmama sebep olan, halen mevcut veya şu an farkında olduğum, ya da olmadığım her türlü hastalık için hastane ve doktorlar tarafından tam şifa garantisi verilmediğini, uygulamalar sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek önceden var olmayan ve yeni teşhis / tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık / patolojik durumları ve komplikasyonları (teşhis ve tedavi uygulaması sırasında karşılaşılabilecek ve asıl sorunu daha da ağırlaştıracak yeni sorunlar) biliyorum, idrakindeyim, kabul ediyorum.

Yaş Kupa uygulamalarının yanında **genel olarak tababet ilminin teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında** röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılabilmesini; bu işlemler sırasında röntgen ışınlarına, radyasyon yayan maddelere maruz kalabileceğimi; bu uygulamaların kemik iliği baskılanması ve kansızlık, savunma sistemi yetersizliği, çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersizlik veya uzun süre sonra da olsa kanser gelişimi dâhil olmak üzere şimdiden öngörülemez sonuçlara yol açabileceğini biliyor, lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak, kan ve kan ürünleri kullanılabilmesini, bu kullanım ile ilgili olarak ateş, kan reaksiyonları, şok, böbrek yetmezliği, kemik iliği yetmezliği sonucu kan üretiminin durmasına bağlı ciddi sonuçlar, sarılık ve AIDS dâhil, erken veya geç dönemde tespit edilebilecek bulaşıcı hastalık riskinin (bir hastalık veya işlemin neden olabileceği tehlikeli durumlar) var olduğunu biliyorum, idrak ve rıza gösteriyor, lüzum görülmesi durumunda kullanılmasını talep ediyorum. Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında uygulanabilecek fizik tedavi, enjeksiyon, bantlama, anestezi vb yöntemlerin ve ağrı kesmeye yönelik işlemlerin başlı başına ilave risk oluşturduğunu, bu risklerin solunum problemleri, ilaç reaksiyonları, kontrol edilemez yüksek ateş, vücudun herhangi bir uzvunun veya sinirin felci, beyin hasarı ve ölüm tehlikesi olasılıkları içerdiğini biliyorum. Bütün bu riskleri idrak ediyor ve onaylıyorum. Uygulamaların tamamı veya bir parçası olarak vücudumun bir yerinden organ veya doku parçalarının alınabilmesini; vücut dışından geçici veya kalıcı metal, sentetik vb. yabancı cerrahi materyallerin / malzemelerin kullanılabilmesini; bu maddelerin daha sonra yerleştirildikleri yerlerden oynayabileceğini veya vücut tarafından reddedilebileceğini, iltihaplanabileceğini, beklenen işlevi göstermeyebileceğini; tekrar çıkartılmalarının ve bunun



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKÂİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

için ayrı ameliyatların gerekli olabileceğini biliyorum. Bu uygulamaların genel komplikasyonlara ilave risk ve tehlike içerdiğinin idrakinde olarak onay veriyorum. Gerek Yaş Kupa uygulamalarını gerekse genel modern tıbbi Tedavi uygulamalarını olmamam veya tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim her türlü sonuç bana anlatıldığı gibi, teşhis ve tedavi uygulanırken yapılacak her işlemle alakalı olarak, sık görüldüğünü bildiğimiz kansızlık, mikrop kapma, toplardamar ve akciğerlerde kan pıhtılaşması, uygulama bölgesinde veya uzakta kanama, alerjik reaksiyon, doku şişmesi (ödem), sara krizi (nöbet), geçici veya kalıcı organ/sistem fonksiyon bozukluğu, ölüm gibi olaylarla karşılaşılabileceğim bana açık ve anlayabileceğim şekilde izah edildi. Diğer risklerin, kesi bölgesinde uyuşukluk hissi; kalıcı yara izi (nedbe); bir doku veya organ hasarıyla ilgili olarak engelli duruma gelme veya ömür boyu ilaç / hormon kullanma gereksiniminin ortaya çıkması; uygulamalar sırasındaki pozisyona balı kısa veya uzun süreli ağrı, uyuşukluk gibi yan etkiler olduğunu biliyor ve bu riskleri kabul ediyoruz.

Yukarıda anlatılan genel risklere ilaveten, tarafıma uygulanacak \_\_\_\_\_

girişimiyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve / veya sonrasında ortaya çıkabilecek \_\_\_\_\_

gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

Sağlığımla ilgili olarak yapılacak uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak organ, doku veya görüntülerinin, çekilmesi gerekebilecek vücut fotoğraflarımın, bunlardan edinilecek her türlü bilginin bilimsel amaçlarla incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine, üretilmesine - itiraz hakkım olduğunun bilincinde olarak- yetki ve onay veriyorum.

Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum veya okuma/dil bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu / tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dâhil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

### RIZA BELGESİNİN BİR NÜSHASINI ELDEN TESLİM ALDIM:

<p>Okudum, Anladım, Kabul <b>EDİYORUM / ETMİYORUM</b> (kendi yazısı ile)</p> <p><b>Tarih ve Saat:</b></p> <p><b>HASTANIN ADI SOYADI VE İMZASI</b> (veya hasta yakını veya veli veya vasi)</p>	<p>Ben Dr. _____;</p> <p>İsmi yazılı hasta / hasta yakınına uygulanacak olan işlemler, riskli girişimsel işlemler, bu işlemlerden beklenen faydalar, işlemler sonrası gereken bakım, beklenen riskler komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar tarafımdan yapılmıştır ve gerekli bilgiler verilerek hasta aydınlatılmıştır. Hastanın / hasta yakınının tarafımdan uygulanacak olan işlemlere yönelik bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.</p>
---	---



## KUPA TERAPİSİ UYGULAMALARI BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

ANKARA 1. BÖLGE KHB GENEL SEKRETERLİĞİ S.B.Ü ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KOD: YAYIN TARİHİ: REVİZYON NO: REVİZYON TARİHİ: SAYFA NO/SAYISI:1/2

Şahit (varsa) Adı-Soyadı, İmzası:\*

Yanda adı, soyadı ve imzası bulunan hasta / hasta yakını, yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak, onaylamıştır.

Çevirmen (varsa) Adı-Soyadı, İmzası:\*\*

**İşlemi Uygulayacak Hekimin;  
Adı Soyadı Unvanı:**

Sosyal hizmet uzmanı (varsa) Adı-Soyadı, İmzası:\*\*\*

**Tarih/Saat/İmza:**

Psikolog (varsa) Adı-Soyadı, İmzası:\*\*\*\*

\*Acil ve gerekli durumlarda

\*\*Yeminli tercüman gereken durumlar için

\*\*\*Sosyal hizmet uzmanı gereken durumlar için

\*\*\*\*Psikolog gereken durumlar için