



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı, “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”un 70. maddesi ve 01 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı yönetmelikle değiştirilen 26. maddesi uyarınca tıbbi, invaziv ve cerrahi müdahaleler öncesinde hastaya ya da kanuni temsilcisine imzalatılması gereken Rıza Formu’dur. **İki nüsha olarak düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir.**

A. Doktorum tarafından tıp dilinde
(Hastanın tanısı doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

-
- olarak açıklanan hastalığım ile ilişkili olarak;
- Sağlık durumum, hastalığımın olası sebepleri ve doğal seyri,
 - Önerilen girişim / işlem / ameliyatın
 - a. kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı ve tahmini süresi,
 - b. beklenen yararları,
 - c. başarı şansı,
 - d. ölüm dahil karşılaşılabilecek tüm riskleri, olası komplikasyonları ve diğer sorunlar,
 - e. önerilen girişim / işlem / ameliyatın tarafımca reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler,
 - Önerilen girişim / işlem / ameliyat sırasında ya da sonrasında kullanılacak
 - a. ilaçların önemli özellikleri,
 - b. gerekebilecek kan, kan ürünü transfüzyonları ve bu transfüzyonların olası riskleri,
 - Ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin olası sorunlar ve dikkat etmem gereken hususlar,
 - Değerlendirilebilecek diğer tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği faydalar, riskler ve sağlığım üzerindeki olası etkileri,
 - Sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
 - Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim ve nasıl iletişim kurabileceğim hususlarında anlayabileceğim şekilde bilgilendirildim. Anlayamadığım hususları sorarak aydınlatıldım. B. Sonuç hakkında bana herhangi bir teminat ya da garanti verilemeyeceğini biliyorum.

C. Planlanan girişim / işlem / ameliyat sırasında ve bilincimin kapalı olduğu aşamada hayati tehlikeye neden olacak acil bir durum ya da bir organ / fonksiyon kaybına yol açacak bir risk söz konusu olduğu takdirde, doktorumun ve diğer sağlık personelinin bu durumu önlemek amacıyla girişim, işlem ya da ameliyatları yapması için yetki veriyorum.

D. Tedavim sırasında gerekli olduğu takdirde, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılmasına izin veriyorum.

E. Bana uygulanacak girişim, işlem ya da ameliyat gerektirdiğinde, vücut dışı ve içi fotoğraf çekilmesine, diğer görüntüleme işlemlerinin yapılmasına ve gizliliği sağlanarak arşivlenmesine izin veriyorum.

İki sayfadan oluşan Aydınlatılmış Onam Formu’nun birinci sayfasıdır.

- F. Söz konusu girişim, işlem ya da ameliyatın ortalama maliyeti hakkında bilgilendirildim. Planlanan tedaviye ek olarak tıbbi girişim / işlem / ameliyat yapılması gereken durumlarda bu maliyetin değişebileceğini biliyorum.
- G. Hastalığım nedeniyle aşağıda belirtilen girişim, işlem ya da ameliyatların yapılması için özgür irademle ve gönüllü olarak onay ve yetki veriyorum.

(Yapılacak tıbbi müdahale doktor tarafından yazılacaktır. Kısaltma kullanılmayacaktır.)

Varsa taraf belirtiniz: Sağ Sol

İki sayfadan oluşan bu formun bana tam olarak açıklandığını, okuduğumu veya okuttuğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim.

Tarih: / / **Saat:**

Hastanın ya da (*)Hukuki Temsilcisinin

Adı Soyadı: **İmzası**

--

(*) Hukuki Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Doktorun Adı Soyadı: **İmzası**

--

() Çevirmen - Tanık Adı Soyadı:** **İmzası**

--

(*) Hastadan imza alınmadığı durumlarda;

- Çocuk hastanın anne / babasından,
- Koruma altına alınmış hastanın veli ya da vasisinden,
- Adı geçenlerin yasal temsilcilerinden onam alınır.

(**) Hastanın görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onam alınır.

(Hasta kimlik etiketi)

Hasta Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Protokol No:

İki sayfadan oluşan Aydınlatılmış Onam Formu'nun ikinci sayfasıdır.



INFORMED CONSENT FORM

In accordance with Article 70 of Law No. 1219 dated on April 11, 1928, entitled "Concerning the Mode of Execution of Medicine and Medical Sciences" and Article 26 of the "Patient Rights Regulations" passed on August 1, 1998 and amended on May 8, 2014 as per Regulation No. 28994: this is the Consent Form that is required to be signed by patients or their legal representatives prior to medical, invasive and surgical interventions.

This form is issued in two copies, one of which is provided to the patient.

A. Regarding my disease, described as
(Diagnosis of patient to be written by the physician. Do not use abbreviations.)

..... in medical literature

I have been informed on the following:

- My medical condition, its possible reasons and natural course, - About the recommended intervention / procedure / surgery:
 - a. the surgeon, location, method and estimated duration
 - b. expected benefits,
 - c. likelihood of success,
 - d. all risks including death, possible complications and other problems,
 - e. risks that may be encountered if I reject to have the intervention / procedure / surgery performed,
- Significant characteristics of the drugs to be used during or after the
 - a. recommended intervention / procedure / surgery,
 - b. blood, blood product transfusions that might be required and possible risks thereof,
- Possible problems related to the postoperative recovery period and significant matters to be considered,
- Other diagnosis and treatment options to be considered and their benefits, risks and possible effects on my health,
- Lifestyle recommendations that are critical to my health,
- How to contact and get access to medical assistance when required. I have asked and got informed about the matters that I couldn't understand.

B. I know that no specific guarantees can be given to me about the results.

C. If any emergency that can risk my life occurs or any risk emerges that could lead to an emergency or an organ / function loss during the planned intervention / procedure / surgery and when I am unconscious; I hereby authorize my physician and other health personnel to perform interventions, procedures or surgeries to prevent such risks.

D. I consent to performance of blood and blood product transfusion when needed during my treatment.

E. If required by the intervention, procedure or surgery, I consent to intracorporeal and extracorporeal photographing, other imaging processes, and archiving thereof as long as privacy is maintained.

F. I have been informed about the average cost of the intervention, procedure or surgery. I understand that this cost might change if any additional medical intervention / procedure / surgery is required.

G. I voluntarily consent and give my authorization to the performance of below-stated interventions-procedures or surgeries as deemed necessary.

.....
(Medical intervention to be written by the physician. Do not use abbreviations.)
.....

State the side, if any: Right Left.....

I declare that this form consisting of two pages has been explained to me, and I have read or had read to me and understood its content.

Date: / / **Time:**

Name of patient or (*) legal representative:

signature

(*)Degree of the legal representative:

Name of physician: **signature**

()Name of translator - witness:** **signature**

- (*) In the cases when signature of patient cannot be received;
- Mother/father of child patient
 - Guardian of patient who is under guard
 - Legal representatives of the mentioned people give the consent. (**) If patient is visually handicapped, consent is taken accompanied by a witness.

(Patient identity label)
Name of patient:
Date of birth:
Protocol no:



FLETËPËLQIM

Në ka të pacientëve “ të aprovuar me 1 Gusht 1998 dhe të amendamentuara me 8maj 2014 me numër protokolli No.28994: ky është një fletëpëlqim i cili kërkohet të nënshkruhet nga pacienti ose përfaqësuesi i tyre ligjorë para ndërhyrjeve mjekësore, invazive dhe kirurgjike. **Ky formular lëshohet në dy kopje dhe njëra i jepet pacientit.**

A. sa i përket sëmundjes sime, të përshkruar si
(Diagnoza duhet të shkruhet nga mjeku /Mos përdorni shkurtesa)

..... në literaturën mjekësore

Unë jam i informuar për:

- Gjendjen time shëndetësore, arsyet e mundshme dhe rrjedhen natyrale, - Rreth intervenimit të rekomanduar /procedurës/ intervenimit kirurgjik:
 - a. kirurgun, vendin, metoden dhe kohëzgjatjen e perafërt
 - b. Përfitimet e pritura,
 - c. Shkallën e suksesit,
 - d. të gjitha rreziqet duke përfshirë edhe vdekjen, komplikimet e mundshme dhe problemet tjera,
 - e. rrezikun i cili mund të kanoset nëse unë e refuzoj intervenimin procedurën/operacionin.
- Karakteristikat sinjifikante të barërave që do të përdoren gjatë ose pas
 - a. intervenimeve të rekomanduara/procedurave/intervenimeve kirurgjike,
 - b. gjaku, transfuzionet e produkteve të gjakut të cilat mund të kërkohen dhe rrezikun emundshëm të tyre,
- Problemet e mundshme që kanë të bëjnë me periudhën e këndelljes postoperative dhe çështjet e rëndësishme që duhet pasur në konsideratë.
- Diagnozot dhe tretmanet e tjera që duhet marrë në konsideratë dhe përfitimet e tyre, rreziqet dhe efektet e mundshme në shëndetin tim,
- Rekomandimet në stilin e jetës të cilat janë kritike për shëndetin tim,
- Si të kontaktoj dhe të kem qasje në ndihmë mjekësore kur kërkohet. Unë kam pyetur dhe jam informuar rreth çështjeve të cilat nuk kam mundur ti kuptojë.

B. E di se nuk mund të marrë garancione specifike rreth rezultateve.

C. Nëse ndodh ndonjë urgjencë në jetën time ose ndonjë rrezik kanoset i cili mund të qon në humbjen e funksionit të ndonjë organi gjatë intervenimit të planifikuar/procedure/ intervenimi kirurgjik dhe kur jam i pavetëdijshëm; unë e autorizojë mjekun tim dhe personelin tjetër që të realizojë intervenimet, procedurat ose ndërhyrjet kirurgjike për të parandaluar rrezikun e tillë. D. Unë jap pëlqimin për gjakun dhe produktet e tij kur nevojiten gjatë trajtimit tim.

E. Nëse kërkohet gjatë intervenimit, procedurës ose operacionit, Unë e jap pëlqimin përfotografimin intrakorporal dhe ekstrakorporal, proceseve tjera imazherike, dhe arkivimin e tyre për aq sa sigurohet privatësia.

Kjo është faqja e parë e fletëpëlqimit e përbërë nga dy faqe.

F. Unë jam informuar rreth kostos mesatare të intervenimit, procedurës ose intervenimit kirurgjik. Unë e kuptoj se ky çmim mund të ndryshojë nëse kërkohet ndonjë intervenim mjekësorë shtesë/procedurë/intervenim kirurgjik.

G. Unë vullnetarisht jap pëlqimin dhe jap autorizimin për kryerjen e intervenimeve poshtë të cekura ose ndërhyrjeve kirurgjike të cilat janë të nevojshme.

.....
(Intervenimi mjekësorë të shkruhet nga mjeku /Mos përdorni shkurtesa)
.....

Deklaroni këtë anë, nëse: Djathtas Majtas

Unë deklaroj se ky formular i cili ka dy faqe më është sqaruar dhe unë e kam lexuar ose më është lexuar dhe e kam kuptuar përmbajtjen.

Data : / / **Ora** :

Emri i pacientit (*) përfaqësuesit ligjorë:

Nënshkrimi

(*) Shkalla e përfaqësuesit ligjorë:

Emri i mjekut **Nënshkrimi**

() Emri i përkthyesit -dëshmitarit:**

Nënshkrimi

(*) Në rast se nënshkrimi i pacientit nuk mund të merret; nëna/babai i pacientit fëmijë.

- -Kujdestari i pacientit i cili e mbikëqyrë
- Përfaqësuesit ligjorë të personave të përmedur e japin pëlqimin.

(Etiketa e identitetit të pacientit)

Emri i pacientit:

Data e Lindjes:

()** Nëse i sëmuri është i verbër ose analfabet pëlqimi merret në prezencë të dëshmitarit .

Kjo është faqja e dytë e fletepëlqimit e përbërë nga dy faqe.



إقرار بالموافقة عن عِلمٍ وِدِرَايَة

بمقتضى المادة 70 من القانون رقم 1219 الخاص "بإجراءات مزاولة الطبابة ونمط المهن الطبية" الصادر بتاريخ 11 نيسان/أبريل 1928، وكذلك المادة 26 من "مرسوم حقوق المرضى" الصادر في 01 آب/أغسطس 1998 والمعدّل بالتوجيه رقم 28994 بتاريخ 2014.05.08، يتوجب توقيع هذه الاستمارة من قِبل المريض أو ممثله القانوني قبل خضوعه لأي مداخلَة طبية علاجية أو جراحية باضعة.

تُحرَّر في نسختَين متماثلتَين، وتسلَّم إحداهما للمريض.

أ . توصيف مَرَضِي بحسب التشخيص الطبي

(سَيُؤَوَّن التشخيص الطبي هذا الخاص بالمريض من قبل الطبيب. لا يسمح بِذِكْر مصطلحات مختصرة)

هذا فإنني أصرح بأنني قد أُعلمت وبأسلوب مفهوم بكل من الأمور الواردة أدناه المتعلقة بحالة مرضي وأنا على دراية جيدة بها:

- وضعي الصحي و سيرورة مرضي والأسباب الممكنة الكامنة وراءه
- بخصوص المداخلَة/الإجراء/ الجراحة التي أوصيتُ بها:
- f. الأشخاص الذين سيقومون بها، المكان الذي ستجرى فيه، الكيفية والطريقة التي ستنفذ بها فضلاً عن مدتها التقديرية
- g. الفوائد المُرتَبَّة
- h. نِسب واحتمالات النجاح
- 1. جميع المخاطر بما فيها الموت والمضاعفات المحتملة وغيرها من المشاكل
- z. المخاطر التي سأواجهها في حال رفضي وعدم قبولي بالخضوع للمداخلَة/الإجراء/ الجراحة الموصى بها
- كل مِ
- c. الخصائص الجوهرية للأدوية
- d. المخاطر المحتملة لعمليات نقل الدم أو إحدى مكوناته
- التي سيتم الاحتياج إليها أثناء وعقب المداخلَة/الإجراء/ الجراحة التي أوصيتُ بها
- المشاكل المحتملة لمواجهتها في فترة العلاج التي سنَتلي العملية الجراحية والأمور التي ينبغي الانتباه إليها
- كل من فوائد ومخاطر الخيارات الأخرى للتشخيص والعلاج التي يمكن أخذها بعين الاعتبار وأثارها المحتملة على صحتي
- النصائح المعطاة حول نمط وأسلوب المعيشة الذي ينبغي الالتزام به للمحافظة على صحتي
- الأمور المتعلقة بكيفية الوصول والحصول على المساعدة الطبية عند الضرورة.
- والنقاط التي لم أتمكن من فهمها، قمت بطرح أسئلة حولها وتلقيت شرحاً وافياً.

ب أعلَم تماماً بأنه لن يتم منحي أي تأمين أو ضمان بشأن النتائج التي سأحصل عليها.

ج أَمَنَ طبيبي وبقية أعضاء الفريق الطبي الصلاحية للقيام بالمداخلَة/الإجراء/ الجراحة اللازمة لتفادي والحيلولة دون

المخاطر والمشاكل التي من شأنها أن تبرز أثناء المداخلَة/الإجراء/ الجراحة المخطط لها، وأنا تحت تأثير التخدير الطبي، والتأمين شأنها أن تشكل خطراً على حياتي أو تتسبب في فقدان عضو/وظيفة معينة من جسدي.

د أسمح بأن أخضع لعملية نقل الدم أو إحدى مكوناته وذلك لدى الاحتياج إليه أثناء فترة علاجي.

62. أسمح بأن يتم أخذ صور شعاعية داخلية وخارجية لجسدي وغيرها من التصوير الطبية، في حال تطلب ذلك بمقتضى المداخلَة/الإجراء/ الجراحة التي ستطبق عليّ، وبالتالي الاحتفاظ بها ضمن الأرشيف مع المحافظة على سريتها.

72. تم إعلامي بمتوسط كلفة المداخلة/الإجراء/الجراحة التي سأخضع لها. وأدرك تماماً بأن هذه الكلفة ستتغير إذا استدعت المعالجة المخطط لها إجراء مداخلات طبية/إجراءات/جراحات إضافية.

82. إنني، بإرادتي الحرة وطواعياً، أخوّل وأمنّح الصلاحية في أن يتم إجراء المداخلات الطبية/الإجراءات/الجراحات المبيّنة أدناه بغية تدارك حالتني المَرْضية

(إنّ المداخلة الطبية التي ستتم إجراؤها للمريض ستدوّن من قبل الطبيب. لا يسمح بذكر مصطلحات مختصرة)

قوموا بذكر الجانب إن كان موجوداً الأيمن الأيسر

أصرح هنا أنه تم توضيح محتوى هذه الاستمارة المتألّفة من صفحتين بشكل كامل لي، وعلى أنني قرأته أو جعلت أحد المقربين يقرأه لي وقد فهمته كلياً.

تاريخ الإقرار: / / الساعة:

المعلومات المتعلقة بالمريض (*) أو ممثله القانوني

الاسم والكنية: التوقيع

(*) درجة القرابة التي تربط المريض بممثله القانوني:

اسم وكنية الطبيب: التوقيع

(**) اسم وكنية المترجم - الشاهد توقيع

(بطاقة تعريف المريض)

اسم وكنية المريض :
تاريخ الولادة :
رقم البروتوكول :

(*) في حال لم يتم أخذ توقيع المريض :

- يتم أخذ التوقيع من والد / والدة الطفل المريض
- من وصي أو ولي الشخص الموجود تحت الحماية
- أو من الممثلين القانونيين المذكور أسماؤهم

(**) لو كان المريض كفيفاً أو لا يجيد القراءة، يتم أخذ الموافقة بوجود الشاهد

هذه الصفحة الثانية من استمارة "الإقرار بالموافقة عن عِلم ودراية" المتألّفة من صفحتين



ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА

11

Согласно статье 70-й Закона № 1219 от 11 апреля 1928 года "О медицинской практике и медицинских науках" и статье 26-й Постановления "О правах пациентов", опубликованного 1 августа 1998 года, с поправками, внесенными

Постановлением № 28994 от 08.05.2014, Форма информированного согласия должна быть подписана пациентом или его законным представителем перед началом выполнения медицинского, инвазивного или хирургического вмешательства.

Оформляется в двух экземплярах, один экземпляр выдается на руки пациенту.

H. Моим врачом я был проинформирован о моем заболевании

.....

(Диагноз вписывается врачом. Без сокращений.)

.....

а также в связи с моим заболеванием, я был проинформирован о нижеследующем:

- состоянии моего здоровья, вероятных причинах моего заболевания и естественном течении болезни,
 - рекомендованном вмешательстве/процедуре,
 - к. кем будут выполняться, где, каким образом, как будут выполняться и приблизительная продолжительность,
 - l. ожидаемой пользе,
 - m. уровне успеха лечения,
 - n. всех видах рисков, вероятных осложнениях и других проблемах, включая летальный исход,
 - o. в случае моего отказа от рекомендованного вмешательства / процедуры, вероятных рисках и последствиях,
 - важных особенностях лекарственных препаратов, которые будут приниматься во время и после выполнения рекомендованного вмешательства/процедуры, е.
 - f. трансфузиях крови, продуктов крови, в случае необходимости, и рисках, связанных с такими трансфузиями,
 - проблемах и положениях, на которые следует обратить внимание в период восстановления после лечения,
 - других вариантах диагностики и лечения, которые я могу рассмотреть, а также об их преимуществах, рисках и возможных последствиях для моего здоровья,
 - рекомендациях по образу жизни, имеющих критическое значение для моего здоровья,
 - а также о том, куда обращаться за медицинской помощью и как связаться с моим врачом в случае необходимости. Настоящим подтверждаю, что я имел возможность задать вопросы по непонятным для меня положениям и получил на них ответы.
- I. Я понимаю, что мне не предоставляется какая-либо гарантия или заверение в отношении результата лечения.
- J. В случае если во время запланированного вмешательства / процедуры и на стадии, когда я буду находиться в бессознательном состоянии, возникнет чрезвычайная ситуация, опасная для моей жизни, либо риск, который может привести к потере органа/функции организма, настоящим разрешаю моему врачу и другому медицинскому персоналу выполнить необходимое вмешательство / процедуру для предотвращения такой ситуации.
- K. Настоящим даю согласие на выполнение трансфузий крови и продуктов крови в случае возникновения такой необходимости во время выполнения лечения.
- L. Настоящим я выражаю свое согласие на выполнение фотографических снимков внутри и снаружи моего тела и других процедур визуализации, необходимых для выполнения запланированного вмешательства/процедуры, и даю разрешение на архивирование изображений визуализации, при условии обеспечения защиты моих персональных данных.

Первая страница Формы информированного согласия, состоящей всего из двух страниц.

М. Настоящим подтверждаю, что я был проинформирован о средней стоимости вышеуказанного вмешательства/процедуры или операции. Я знаю, что стоимость лечения может измениться в случае необходимости выполнения вмешательства/процедуры/операции, дополнительных к запланированному лечению.

Н. Настоящим даю свое явное и добровольное согласие и разрешение на выполнение нижеуказанного вмешательства/процедуры или операции, которые будут выполняться в связи с моим заболеванием.

.....
(Указывается врачом, который будет выполнять медицинское вмешательство. Без сокращений.)
.....

Если есть, укажите сторону выполнения вмешательства/процедуры: Правая Левая

.....

Настоящим подтверждаю, мне было полностью разъяснено содержание настоящей Формы, состоящей из 2 страниц, форма была прочитана мной лично или зачитана вслух и я полностью понял содержание данной формы.

Дата: / / Время:

Пациент или (*)законный представитель

Имя, фамилия: Подпись

(*) Степень родства законного представителя:

Имя и фамилия врача: Подпись

(**) Имя, фамилия переводчика - свидетеля: Подпись

(*) В случае невозможности получения подписи пациента:

- Мать / отец несовершеннолетнего пациента,
- Опекун или попечитель пациента под защитой,
- Форма информированного согласия подписывается вышеуказанными законными представителями.

(Больничный браслет
пациента)

Имя и фамилия пациента:
Дата рождения:

(**) Если пациент незрячий или неспособен прочитать, информированное согласие получается в присутствии свидетеля.

Протокол №:

Вторая страница Формы информированного согласия, состоящей всего из двух страниц.



ДЕКЛАРАЦИЯ за ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ С РАЗЯСНЕНИЯ

Съгласно 70-та алинея на Закона за медицинска практика и начините ъ на прилагане от 11 април 1928 г. № 1219 и променената на 08.05.2014 г. с Наредба № 28994 26-та алинея от обнародвания на 01 август

1998 г. Регламент за правата на пациентите, настоящата Декларация се явява подлежаща на подписване преди медицински, инвазивни и хирургични намеси от страна на пациента или законния му представител Декларация за информирано съгласие.

Изготвя се в два екземпляра, единият от които се дава на пациента.

А. Във връзка с обявеното от лекаря ми на медицински език заболяване

..... ,
(Диагнозата на пациента ще бъде вписана от лекаря. Съкращения няма да бъдат използвани)

Бях проинформиран на достъпен за мен език по долуизложените теми. Относно неясните ми положения задавах въпроси и всичко ми бе разяснено.

- Здравословното ми състояние, вероятните причини за заболяването ми и реалното развитие на болестта
- Предлаганата процедура/интервенция / операция
 - а. От кого, къде и по какъв начин ще бъде извършена и предполагаемата ѝ продължителност,
 - б. Очакваната полза,
 - в. Надеждата за успех,
 - г. Всички рискове, в това число и летален изход, вероятни компликации и други проблеми,
 - д. Възможните рискове, при отказ от моя страна на назначената ми процедура/интервенция/ операция,
- Относно медикаментите, които ще се използват по време на предлаганата ми процедура/интервенция / операция
 - а. Важните свойства на лекарствата,
 - б. При необходимост прилагане на трансфузия на кръв и кръвни продукти и вероятните рискове от такава трансфузия,
- Вероятни проблеми в постоперационния период на оздравяване и положения, на които трябва да обърна внимание,
- Други алтернативи за диагноза и лечение, които биха могли да бъдат взети под внимание и вероятните ползи, рискове, и влияние от тях върху здравословното ми състояние.
- Препоръки относно начина на живот, имащи решаващо значение за здравето ми.
- Как мога при нужда да намяря достъп до медицинска помощ и как да установя контакт.

Б. Известно ми е, че за резултатите не може да ми се даде никакво уверение или гаранция.

В. Упълномощявам моя лекар и другия здравен персонал за извършване на процедури, интервенции или операции с цел предотвратяване на възникнала спешна животозастрашаваща ситуация или опасност от загуба на някакъв орган / функция по време на планираната интервенция/процедура/операция през който етап съм в безсъзнание.

Г. Разрешавам по време на лечението, при необходимост, да ми се направи трансфузия на кръв или кръвни продукти.

Д. Разрешавам, ако процедурата, интервенцията или операцията която ще ми бъде приложена налага, да бъдат правени вътрешни или външни фотографии на тялото ми, както и да бъдат прилагани други методи на изображение, и тези изображения да бъдат съхранявани в архивите с осигуряване на конфиденциалността им.

Първа страница на състоящата се от две страници Декларация за информирано съгласие с разяснения.

Е. Беше ми дадена информация за приблизителната цена на процедурата / интервенцията / операцията. Известно ми е, че при необходимост от извършване на допълнителна медицинска процедура / интервенция / операция извън рамките на планираното лечение, цената на лечението може да се промени.

Ж. Доброволно и със свободната си воля давам съгласие и пълномощия за извършване на долупосочените процедури / интервенции / операции в рамките на болестта ми.

Ако става въпрос за страна, посочете: Дясна Лява

.....
Заявявам, че настоящият документ, състоящ се от две страници ми беше разяснен, прочетох го или ми бе прочетен, и разбрах съдържанието му.

Дата: / / Час:

Пациент или (*)Законен представител:

Име, фамилия: Подпис

(*) Степен на близост на законния представител:

Име, фамилия на лекаря: Подпис

(**) Преводач – Свидетел; Име, фамилия: Подпис

(*) При случаи, когато не е възможно подписване от самия пациент се подписва от:

- Когато пациентът е дете – от майката / бащата,
- Когато пациентът е под опека - от родителя или настойника,
- При споменатите случаи се подписва от законните представители. (**)

Ако пациентът е със зрителни ограничения и препятствия в четенето, информираното съгласие се подписва при свидетели.

(Етикет на пациента)

Пациент име , фамилия:
Дата на раждане:
Протокол №:

Втора страница на състоящата се от две страници Декларация за информирано съгласие с разяснения

2/2



*Boşnakça

OBRAZAC O SAGLASNOSTI (S OBRAZLOŽENJEM)

Riječ je o obrascu pristanka koji je potrebno potpisati od strane pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika prije svih preduzetih medicinskih, invazivnih i kirurških hirurških intervencija, u skladu sa članom 70. Zakona o ljegarskoj i medicinskoj praksi i članom 26. „Uredbe o pravima pacijenata“ objavljenog 01. avgusta 1998. godine, izmijenjena uredbom od 08.05.2014. Br.28994. **Obrazac se izdaje u dva primjerka, jedan primjerak ostaje kod pacijenta.**

A- U vezi moje bolesti, u medicinskoj literaturi poznate pod

nazivom..... , od strane mog liječnika,

(Dijagnozu pacijenta, punim imenom, ispisuje ljekar)

upoznat/a sam o sljedećem:

- Mojem Mom zdravstvenom stanju, mogućim uzrocima i prirodnom toku procesa, -
Vezano za preporučenu intervenciju/proceduru/operaciju upoznat/a sam:
- a) sa kirurgom hirurgom , lokacijom, metodom i procijenom trajanja zahvata,
- b) mogućim prednostima liječenja,
- c) vjerovatnoći uspjeha,
- d) mogućim rizicima, komplikacijama i drugim negativnim posljedicama uključujući i smrt,
- e) kao i rizicima koji mogu nastati ukoliko odbijem predloženu intervenciju/zahvat/ operaciju,

Značajnim karakteristikama mogućih lijekova za vrijeme ili nakon,

- a) preporučene intervencije/zahvata/operacije,
- b) transfuzije krvi i mogućih rizika kao i sljedećeg;

-Mogućim negativnim posljedicama vezanih za postoperativni period oporavka i značajnim pitanjima koja treba uzeti u obzir,

-Ostalim mogućim opcijama i liječenju koje treba razmotriti, kao njihovim prednostima i mogućim rizicima koji mogu uticati utjecati na moje zdravlje,

-Preporukama o načinu života vezano za moje zdravlje,

-Kako kontaktirati i dobiti pristup medicinske pomoći ukoliko bude potrebno. Takođe informisan/a sam o svim dodatnim pitanjima.

B - Upoznat/a sam da ne mogu dobiti posebne garancije o rezultatu ishoda.

C - U slučaju bilo kakvog hitnog stanja koje može ugroziti moj život ili bilo kakvih neželjenih posljedica koje bi mogle dovesti do hitnog stanja ili gubitka organa/funkcije tokom planirane intervencije /procedure /operacije u toku poduhvata dok sam bez svijesti; ovlašćujem svog liječnika i drugo zdravstveno osoblje da slobodno obavljaju intervencije, potrebne procedure ili operacije kako bi spriječili navedene rizike.

D - Po potrebi, pristajem na transfuziju krvi i sl.poduhvata tokom mog liječenja.

E - Ukoliko to zahtijeva intervencija, procedura ili operacija, pristajem na intrakorporalno i vantjelesno fotografiranje, kao i druge procese snimanja i njihovo arhiviranje pod uslovom očuvanja privatnosti.

F - Upoznat/a sam o prosječnoj cijeni intervencije, procedure ili operacije, također upoznat/a sam da se navedeni iznos može promijeniti u slučaju potrebe bilo kakve dodatna medicinske intervencije / procedure /operacije.

1/2

G - Dobrovoljno pristajem i dajem ovlaštenje za izvođenje dolje navedenih intervencija/procedura ili operacija prema potrebi.

.....
(Medicinsku intervenciju upisuje ljekar bez upotrebe skraćenica.)

Navedite ime stranke(ukoliko postoji): Desno Lijevo

(ID Broj pacijenta)

Ime /Prezime pacijenta:

Datum rođenja:

Protokol br:

Izjavljujem da sam u potpunosti razumio/la sadržaj ovog obrasca sastavljenog od dvije stranice, kao i da sam upotpunosti dobio/la sve neophodne informacije.

Datum: / / **Vrijeme:**

Ime/Prezime pacijenta ili (*) zakonskog zastupnika: **Potpis**

(*)Stepen srodstva pravnog zastupnika: **Potpis**

Ime Prezime liječnika: **Potpis**

()**Ime /Prezime prevodioca- svjedoka: **Potpis**

(*) U slučaju nemogućnosti uzimanja potpisa pacijenta;

- od majke/oca djeteta pacijenta,
- od roditelja ili staratelja pacijenta pod zaštitom,
- Potrebno je pribaviti saglasnost od zakonskih zastupnika navedenih lica.

(**)Ukoliko se radi o pacijentu sa oštećenjem vida ili je nepismen, pristanak se dobija u prisustvu svjedoka.

