



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ
KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ
ONAM (RIZA) BELGESİ



Hasta Adı Soyadı:	Protokol No:
Klinik:	Tanı:

Doktorum/hastamın doktoru bana/hastama kan nakli yapılmasının, hastalıkta anlamlı düzelme ya da olumlu değişiklik yapabileceğini bildirdi.

Kan ve kan ürünleri (Eritrosit süspansiyonu, Taze donmuş plazma, Trombosit süspansiyonu Granülosit süspansiyonu, Kriyopresipitat, Diğer.....) ek olarak lökositlerden arındırılmış, ışınlanmış, yıkanmış şekilde olabilir.

Bu nakil işleminin sağlayabileceği yarar ve riskler ile alternatif tedaviler açıklandı. Kan ve kan ürünlerinin yasal ve bilimsel kurallara göre hazırlanıp test edilmesine rağmen bana/hastama çeşitli immünolojik, alerjik, mikrobik, fiziksel ya da kimyasal nakil reaksiyonlarına neden olabileceğini; bu reaksiyonların genellikle hafif ve orta derecede seyretmesine rağmen nadiren yaşamı tehdit edecek düzeyde ağır seyredebileceğini; bu reaksiyonların başarılı tedavi girişimlerine rağmen çok nadiren ölümcül de olabileceğini, hatta bu durumun kendi kanım verildiğinde bile gerçekleşebileceğini öğrendim. En güncel yöntemlerle test edilse bile nadiren kan ve kan ürünleri nakli ile bazı virüslerin (AIDS, Hepatit B, Hepatit C virüsleri gibi...) bulaşabileceğini ve buna bağlı olarak aylar ya da yıllar sonra enfeksiyon gelişebilme olasılığı olduğunu biliyorum.

Kan ve kan ürünleri nakli ile ilgili soru sorma fırsatım oldu. Vermiş olduğum bu “Bilgilendirilmiş onam” **hastaneden taburcu olana dek** geçerlidir.

Kendime/hastama kan ve kan ürünleri naklini, bu formu imzalayarak;

<u>ONAYLIYORUM</u>	<u>ONAYLAMİYORUM / ONAYIMI İPTAL EDİYORUM</u>
Hasta / Yakını Adı Soyadı	Hasta / Yakını Adı Soyadı
Yakınlık Derecesi	Yakınlık Derecesi
Tarih	Tarih
İmza	İmza
Onamı Alan Doktorun Unvanı, Adı Soyadı, Tarih, İmza, Kaşe	Onamı Alan doktorun Unvanı, Adı Soyadı, Tarih, İmza, Kaşe

Not: Hasta 18 yaşın üstünde ve bilinci yerinde ise bu formu kendi onaylamalıdır. Aksi durumda onay hastanın birinci derece yakını tarafından yapılmalıdır. (Anne, baba, kardeş, eş, çocuk). Hastanın/hasta yakınının istediği zaman istediği kan ürünleri nakli için olan onayını iptal etme hakkı vardır.