



DÜZELTİCİ / ÖNLEYİCİ FAALİYET (DÖF) TALEP FORMU

İO.FR.04

Yayın Tarihi: 06.08.2013

Değişiklik No: 07

Değişiklik Tarihi: 10.07.2023

DÖF'Ü TALEP EDEN TARAFINDAN DOLDURULUR.

Birim adı	Kalite Direktörlüğü	Dahili Telefon	3031
Tarih/Saat	23.10.2023	DÖF No	42
İlgili Bölüm/Birim Adı: GÖZ HASTALIKLARI AD <i>Cabı ettedir / Yeterli</i>			
<p>Uyumsuzluğun / Riskin / İyileştirmenin Tanımı: Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde, Hasta Güvenliğini sağlamak amacıyla cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır. Tüm cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan bileşeni kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesi hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel rızası alınmalıdır.</p> <p>Ayrıca kalite yönetimi kapsamında kullanılan dokümanlar güncel olmalıdır.</p> <p>Bu doğrultuda; Hastanemiz ameliyathanesinde 18.10.2023 tarihinde yapılan değerlendirme sonucu; Deniz AKKIS (A1250356) isimli hastanın Hasta Bilgilendirme ve Rıza (Onam) Belgesi' nde hasta/hasta yakınının bilgilendirildiği bölümün doldurulmadığı ve kullanılan rıza belgesinin (HD.FR.540 Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Sondalama İçin Hasta Bilgilendirme Ve Rıza (Onam) Belgesi) güncel olmadığı tespit edilmiştir.</p> <p>Bu durum Hasta ve Çalışan Güvenliği açısından risk oluşturmaktadır.</p> <p>Konu ile ilgili Düzeltici/Önleyici faaliyetleriniz 7 (Yedi) gün içinde bildirmeniz rica olunur.</p>			

DÖF'Ü TALEP EDEN TARAFINDAN DOLDURULUR.

Talebin Türü	Uyumsuzluğun / Riskin / İyileştirmenin Tespit Şekli	İlgili Yönetim Sistemi
Düzeltilici Faaliyet Talebi Önleyici Faaliyet Talebi	İç Tetkik Proses (Süreç) Denetim-Bina Turu Hasta / Çalışan Talebi	Başhekimlik Kalite Direktörlüğü Hastane Müdürlüğü

Planlanan Bitiş Tarihi	30.10.2023	Adı Soyadı	Dilek KARAKAYA DUMAN	İMZA:
1. Uzatma Tarihi	06.11.2023			
2. Uzatma Tarihi	13.11.2023	Görevi	Hastane Müdür Yardımcısı	
3. Uzatma Tarihi	20.11.2023			

1.TAKİP	Tarih:	2.TAKİP	Tarih:
<input type="checkbox"/> Yapılan faaliyet yeterli	ONAY:	<input type="checkbox"/> Yapılan faaliyet yeterli	ONAY:
<input type="checkbox"/> Yapılan faaliyet yetersiz		<input type="checkbox"/> Yapılan faaliyet yetersiz	

NOT: D.Ö.F. başlatan bölüm doldurulan D.Ö.F. Talep Formunun bir nüshasını Kalite Direktörlüğüne göndermelidir.



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-85712228-100-830972
Konu : Düzeltici Önleyici Faaliyet Talep Formu

GÜNLÜDÜR
24/10/2023

GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde, **Hasta Güvenliğini** sağlamak amacıyla cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır. Tüm cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan bileşeni kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesi **hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel rızası** alınmalıdır.

Ayrıca kalite yönetimi kapsamında kullanılan dokümanlar güncel olmalıdır.

Bu doğrultuda; Hastanemiz ameliyathanesinde 18.10.2023 tarihinde yapılan değerlendirme sonucu; Deniz AKKIS (A1250356) isimli hastanın **Hasta Bilgilendirme ve Rıza (Onam) Belgesi'** nde hasta/hasta yakınının bilgilendirildiği bölümün doldurulmadığı ve kullanılan **rıza belgesinin** (HD.FR.540 Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Sondalama İçin Hasta Bilgilendirme Ve Rıza (Onam) Belgesi) **güncel olmadığı** tespit edilmiştir.

Bu durum **Hasta ve Çalışan Güvenliği** açısından risk oluşturmaktadır.

Konu ile ilgili Düzeltici/Önleyici faaliyetleriniz **7 (Yedi) gün** içinde bildirmeniz rica olunur.

Prof.Dr. Arbil AÇIKALIN
Başhekim Yardımcısı

Ek:Düzeltici Önleyici Faaliyet Talep Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSDF273U42* Pin Kodu : 77132

Belge Takip Adresi :

<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5540&eD=BSDF273U42&eS=830972>

Adres:Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana

Telefon:0 (322) 338 60 60 Faks:0 (322) 338 69 00

e-Posta:hastane@cu.edu.tr Web:www.cu.edu.tr

Keş Adresi:cukurovauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Aylin DOĞAN

Unvanı: İşçi





T.C.
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-98232790-800-835032
Konu : DÖF Talep formu Hk. (Ameliyat Onam
Formu)

2023/42 nolu Döf
cevabı

26/10/2023

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 85712228 - 24/10/2023 tarihli, 830972 sayılı ve "Düzeltilici Önleyici Faaliyet Talep Formu" konulu yazı,

İlgili yazınız ekinde alınan düzenleyici / önleyici faaliyet talep formu gereğince Deniz Akkiş isimli hastanın (TC:27475540688) dosyası incelenmiştir. Hastanın 18.10.2023 tarihinde her iki gözden punktum açılması ve dilatasyonu ile silikon tüp entübasyonu operasyonu yapıldığı görülmüştür. Deniz Akkiş isimli hastanın onam formundaki eksiklikler giderilerek ekte sunulmuştur. Benzer eksikliklerin tekrar yaşanmaması adına ilgili hekimler bilgilendirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Ebru ESEN
Anabilim Dalı Başkanı V.

Ek:Deniz akkiş' in onam formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS4FPA7S7Z* Pin Kodu :07282

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5540&eD=BS4FPA7S7Z&eS=835032>

Adres:Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 1330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 64 04 Faks:0 (322) 338 65 72
e-Posta:tip@cu.edu.tr Web:www.cu.edu.tr
Kep Adresi:cukurovauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Selver Ezgi SAVASER
Unvanı: İşçi(S)



Sayın Hastamız / hasta yakınımız

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı için size önerilen tıbbi işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkımızdır. Girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Hasta Adı/Soyadı: Deniz AKKIS
Dosya No: A1250356

Bil silikon tüp banyo

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri (zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilendirilmiş olmanız amacıyla size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi müdahaleler şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, gereken tüm önlemler alınmasına rağmen, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz (formu imzalayarak onay vermeniz, rıza göstermeniz) halinde size, SONDALAMA ameliyatı yapılacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak hekiminizle olan aydınlatma / bilgilendirme görüşmenizde hekiminizle paylaşın.

Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız, hazırlanan bu form sizin bildiğiniz bir dille değilse ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

Aydınlatma / bilgilendirme görüşmesinden sonra uygulamanın gerçekleştirilmesini istiyorsanız, formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her safasını imzalayın.

I-AYDINLATMA BİLGİSİ

1- Hastalığın Tanımı Hakkında Bilgi:

Hastanemizin Göz Hastalıkları Kliniğine çocuğunuzun gözünüzdeki sulanma yakınması nedeniyle yanı ve tedavi için başvurmuş bulunmaktasınız. Çocuğunuza Sağ Sol Gözyaşı kanal tıkanıklığı tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur. Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze SONDALAMA ameliyatı önerilmektedir.

2- Hastalığın Muhtemel Sebepleri Ve Nasıl Seyredebileceği Hakkında Bilgi:

Gözyaşı kanal tıkanıklığı sıklıkla doğuştan olmakla birlikte sonradan da olabilmektedir. Bu girişimin amacı gözyaşı kanalının açılarak sulanmadan ve oluşabilecek enfeksiyonlardan kurtarmaktır.

3- Tıbbi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi:

Bu hastalığın tedavisi için çocuğunuzun gözüne gözyaşı kanalı sondalama ameliyatı önerilmektedir. Gözyaşı kanalı sondalama ameliyatında amaç; gözyaşı kanalının burun boşluğuna açılan bölümünde bulunan ve doğuma yakın dönemde kendiliğinden açılması gereken zarın bir tel yardımı ile delinerek, gözyaşının burun boşluğuna akmasını sağlamaktır. Bu cerrahi uygulama ameliyathane koşullarında, genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir. İşlem süresi kullanılan teknik ve enstrümanlar doğrultusunda ortalama 10-30 dakika arası sürmektedir. Girişim hastanemiz Ameliyathanesinde gerçekleştirilecektir.

4- Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:

İşlem sırasında çocuklarda Genel anestezi gerekmektedir.

5- Tedavi Başarı Şansı

Gözyaşı kanalı sondalama ameliyatının başarıları oldukça yüksektir. Başarılı olunamayan olgularda (lakrimal sistem dar ya da kemik ile tıkalı olabilir ve bu ancak ameliyat sırasında anlaşılabilir) sondalama işleminin bir süre sonra tekrarlanması gerekebilir. Gerekli olgularda silikon tüp takılması gerekebilir.

6- Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

a. Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

Burun boşluğuna açılan bölümde yer alan zarın hemen yakınında bulunan ve gözyaşının buruna akışını engelleyen kemik yapı nedeniyle bu kemiğin ameliyat sırasında kırılarak kanalın açılması gerekebilir. Kemik kırılması yapılan ya da burun mukozası ile kapalı olan olgularda mukozanın kesilmesi ile birlikte açılan yolun kapanmaması için silikon tüp konulması gerekebilecektir.

b. Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma ve burundan sızıntı tarzında kanama olabilir. Silikon tüp uygulanmış olgularda çocuk eliyle oynayıp tüpü gözden ya da burundan çekebilir, çıkarabilir. Sulanma düzelmeyebilir. Tekrarlayan cerrahiler gerekebilir. Göz arkası kanamalar ve görme kaybı gelişebilir.

7- Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon-topikal anestezi altında uygulanabilir. Genel anestezi uygulamalarında daha sık olmakla beraber her tıbbi müdahale sırasında kalp, akciğer ve beyin fonksiyonlarında bozulma ve hayatı tehlike ve ölüm izlenebilir. Genel vücut sağlığı ile görme duyusu ve gözü ve tehdit eden önemli zararlar çok nadir de olsa görülebilir. Bunun

Okudum Anladım

17.10.2017
10.00



GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI SONDALAMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

HD.FR.540

Yayın Tarihi: 17.04.2017

DEĞİŞİKLİK NO: 00

DEĞİŞİKLİK TARİHİ: 00

yanında 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sınırında hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 5. Genel anestezisyeye bağlı ya da anestezisi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar izlenebilir.

8- Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır: 1. Uzun süre devam eden ve tedavi edilmemiş olgularda göz yaşı kesesi içerisinde göllenme nedeniyle enfeksiyon gelişebilir ve enfeksiyonu göz çevresi dokulara yayılabilir. 2. Nadiren de olsa oluşan enfeksiyon gözü içine alabilir ve görme kaybına neden olabilir. 3. Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda sondalama işlemi ile sonuç alınması imkansızlaşır. Ve daha ileri cerrahi yöntemlerin uygulanması gerekebilir.

9- Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:

Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir. Kullanılan ilaçlarda görülecek yan etkiler ilaç kullanma prospektüslerinde belirtilmiştir.

10- Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:

Silikon tüp konulan olgularda gözü ovuşturmak ya da burun ucundan silikon tüpün ucunu çekmek tüpün çıkmasına kanalikül ve punktuvarın zedelenmesine neden olabilir. Sulanma şikayetleri ameliyat sonrası hemen düzelmeyebilir. Medikal tedavi önerilerine uymanız ve doktorunuzun öneri ve takip programını takip etmeniz uygundur.

11- Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize baş vurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel:) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

BİREYSEL RİSKLER:

III-ONAM (RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

- 1- Doktorum tarafıma hastalığımın açıkça tanımını yaptı.
- 2- Hastalığımın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusunda bilgilendim.
- 3- Tıbbi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti açıkça anlatıldı.
- 4- Hastalığımın diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile bu uygulamaların sağlığıma üzerine muhtemel etkileri konusunda bilgilendirildim.
- 5- Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.
- 6- Bana önerilen tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.
- 7- Tıbbi müdahale ve tedavim sırasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.
- 8- Tedavide istenen başarıya ulaşmak için sağlığıma için kritik olacak yaşam tarzı özelliklerinin neler olduğu, ve yine tedaviyi tamamlayacak uygulamalar konusunda açıkça bilgilendirildim.
- 9- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.
- 10- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği anlatıldı.
- 11- Anestezisi alacak hastalar için; Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği konusunda bilgilendirildim.
- 12- Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim açısından bilgi sahibi oldum.

Tarıfıma yapılacak ... (Bilgi, s. bk. ent. b. j. n.) ... ameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum, anladım ve Sağ (.....) Sol (.....) gözümde uygulanması planlanan ameliyatının Dr. Prof. Dr. A. E. Z. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine (hastanın el yazısı ile: kendi rızamla izin veriyorum).

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

Bu doküman Sayfadır.

..... OKUDUM ANLADIM SORUM YOK

Tarih



GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI SONDALAMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

HD.FR.540

Yayın Tarihi: 17.04.2017

DEĞİŞİKLİK NO: 00

DEĞİŞİKLİK TARİHİ: 00

HASTANIN

Adı-Soyadı :

İmza :

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN / ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı :

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

DOKTORUN

Adı-Soyadı : Saade Altın

İmzası :

Tarih : 17.10.2017

ŞAHİT (tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)

Adı-Soyadı : Burcu Ural

İmzası :

Tarih : 17.10.2017

Tahmini İşlem Süresi:

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden tıbbi eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da isminim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Not: Eğitilmiş ilgili onayı vermemeniz halinde de tedaviniz aksatılmadan sürdürülecektir.

Okudum, anladım, bu formun bir nüshasını teslim aldım.

Formun doldurulduğu tarih ve saat:

Hasta ya da hasta yakını

Adı-soyadı :

İmza :

Tanık

Adı-soyadı :

İmza :

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin/Tetkik olmadığı durum dahil tedavi/tetkik seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Hekim

Adı-soyadı :

İmza :

Dün sabah
obes anlık her iki gözün
Ameliyatta Riskleri kabul
Ediyorum. Başta sorun yokdur

[Signature]