|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ** **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ****HASTA RIZA BELGESİ** | Doküman No:SHB.RB.01 |
| Yürürlük Tarihi:01.09.2018 |
| Revizyon No: 00 |
| Revizyon Tarihi:  |
| Sayfa No:1/1 |

**Bu form Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da hizmet alması istenen kişinin yakınlarına yönelik hazırlanmış bilgilendirme formudur. Formu dikkatlice okuyunuz ve sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa, bilgi almak için hekim/sağlık personelinden yardım isteyiniz. Talebiniz üzerine size yazılı bilgi verilecektir.**

**AŞAMALAR**

1. Evde Sağlık Hizmetleri; Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır.
2. Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da bakımından sorumlu olan veli / vasisi tarafından; 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak; Kayıt oluşturmaları gerekmektedir.
3. Hasta, Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi tarafından başvuru formu bilgileri incelenerek hizmet için uygun birime yönlendirilmektedir.
4. Başvuru üzerine, tedavi başlamadan önce, ev ziyaretinde bilgilendirme, yapılarak onam formu doldurulmaktadır.
5. Evde Sağlık Hizmetleri planlı hizmetleri kapsamaktadır. Bunun için randevu tarihi önceden tarafınıza bildirilir.
6. Evde verilen sağlık hizmetleri kapsamında size/hastanıza; kan alma işlemi, EKG çekimi, sonda uygulanması, beslenme için sonda uygulanması, pansuman,enjeksiyon (im-iv-sc) ilaç ve benzeri tıbbi uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamaların neler olduğu, nasıl yapılacağı ve varsa komplikasyonları hakkında bilgilendirileceksiniz.
7. Hastanın sağlık hizmetlerini ev ortamında almasının uygun olmaması veya ani olarak sağlık sorunları gelişmesi halinde transfer gerekebilir. Nedeni açıklanarak ve transferi sağlanarak uygun sağlık kuruluşuna yönlendirilebilirsiniz.
8. Kişiye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

a-Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi,

b-Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,

c-Hastanın kendisinin veya veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,(Hasta Hakları yönetmeliği 25. Maddeye göre tedaviyi durdurma ve reddetme hakkınız mevcuttur.)

d-Hastanın vefat etmesi,

e-Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi.

f-Hasta veya veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,

g-Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi,

(e) ve (f) bentlerinde belirtilen nedenlerle hizmetin sonlandırılması kanaatinde olan birim, öncelikle olarak hazırlayacağı tutanak ile durumu, koordinasyon merkezi aracılığı ile evde sağlık hizmetleri komisyonuna iletir. Konu komisyon marifeti ile karara bağlanır.

**Hasta/Hasta Yakını, Vasisi**

**Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım, Evde Sağlık Hizmetlerinden nasıl yararlanabileceğim, başvuru, kabul süreci ile işleyiş hakkında bilgilendirildim.**

**Verilecek hizmetleri kabul ediyorum**.

**Bilgilendirme Yapan KişiHasta/Hasta Yakını, Vasisi**

 **Ad Soyadı:** **Adı Soyadı :**

 **Unvan:T.C.KimlikNo:**

 **Tarih:Tel :**

 **İmza**:**Tarih / İmza:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| **Kalite Yönetim Birimi** | **Kalite Yönetim Direktörü** | **Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı** |