|  |
| --- |
| TEDAVİYE RET BELGESİ HAZIRLAYABİLME |

|  |
| --- |
| **AMAÇ:** Tedaviyi ret durumunda, tıbba ve hukuka uygun bir şekilde tedaviyi ret belgesi düzenleyebilmek. |
| **HEDEF:** |
| **ÖĞRENME DÜZEYİ:** 4 |
| **ARAÇLAR:** Kalem, kağıt, kaşe. |

|  |
| --- |
| DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ: |
| Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılıp, tümünden tam not alana dek beceriyi yineleyiniz. |
| 0 | **Geliştirilmesi gerekir:** Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması |
| 1  | **Yeterli:** Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması |
| 2 | **Ustalaşmış:** Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KATILIMCININ**  |  |
| Adı Soyadı: |  |
| Sınıfı: |  |
| Numarası: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BASAMAK****NO** | **UYGULAMA BASAMAKLARI** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  | 1 | 2 | 3 |
| **1** | Hastaya hastalığına yönelik yapılması planlanan tedavi yöntemini hastanın anlayacağı bir dil ile açıklayınız, |  |  |  |
| **2** | Varsa alternatif olabilecek tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilendirme yapınız, |  |  |  |
| **3** | Tedavi sırasında veya sonrasında gelişebilecek komplikasyonları (sıklık sırasına göre) hastaya anlatınız  |  |  |  |
| **4** | Tedavinin uygulanmasının kabul edilmemesi durumunda gerçekleşebilecek durumlar ile ilgili bilgilendirme yapınız |  |  |  |
| **5** | Hastaya yapılmak istenen tedaviyi kabul etmeme hakkı olduğu konusunda bilgilendirme yapınız, |  |  |  |
| **6** | Tedavinin kabul edilmemesi durumunda yukarda belirtilen aşamalar ayrı ayrı kayıt altına alarak tedaviyi ret formunu düzenleyiniz, |  |  |  |
| **7** | Düzenlenen formdan 3 (üç) adet çıktı alınız, |  |  |  |
| **8** | Hastadan, tedavi ile ilgili anlatılan durumların anlaşılıp anlaşılmadığı ve tedaviyi ret ettiğine dair kararını yazılı olarak alınız,  |  |  |  |
| **9** | Her bir nüsha hastanın kendisi, var ise bir yakını ve doktor tarafından imza altına alınız,  |  |  |  |
| **10** | İmzalanan üç nüshadan birini hastaya veriniz, bir nüshayı idari birime bir diğerini de hastanın dosya arşivine gönderiniz,  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |