MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

KAS İÇİ (İNTRAMÜSKÜLER) VE CİLT ALTI (SUBCUTAN) ENJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

1- BİLGİLENDİRME

Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği:

Bazı ilaçların daha etkin bir şekilde uygulanabilmesi için kas içi veya cilt altından enjektör ile verilmesidir.

İşlemden beklenen fayda:

Bazı ilaçlar sadece kas içi enjeksiyon yoluyla uygulanmak üzere üretilmiş olabilir. Hem ağızdan formu olan hem de enjeksiyon ile verilebilen ilaçlar açısından da ilacın kas içine uygulanması daha kısa sürede ve daha etkili olmasına olanak sağlayabilir.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Tedavi yarım kalabilir ve hastalık iyileşmeyebilir ve hastalık daha da ilerleyebilir.

İşlemin alternatifi

Bazı ilaçlar sadece kas içi uygulama için üretilmiş olup bazılarının hem ağızdan formu hem de damar içi formu vardır. Kas içi uygulamanın alternatifi damar içi enjeksiyon olabilir. Fakat damar içi uygulamada damar yolu açmak gerektiği için hasta kontrolü daha zordur ve genelde yatış durumlarında tercih edilen bir yöntemdir. Cilt altı enjeksiyonun alternatifi yoktur.

İşlemden nasıl yapılır, tahmini süresi nedir:

Enjeksiyon yapılacak bölge antiseptik solüsyon ile temizlenir, ilaç enjektöre çekilir ve iğne cilde batırılarak kasa ulaşılır. Enjektöre aspirasyon yapılarak kan gelip gelmediğine bakılır, ilaç kas içi veya cilt altı dokuya zerk edilir, sonrasında iğne geri çekilir.

İşlemin tahmini süresi 30 saniyedir. Ancak bu süre hastaya bağlı olarak değişebilmektedir.

Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:

Enjeksiyon ile hastanıza uygulanacak ilaçlar:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uygulanacak ilaçların yan etkileri:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar:

Enjeksiyon yapılan bölgeyi ovalamayınız. Enjeksiyon yerinde kızarıklık, ağrı, şişkinlik vb. durumlar gelişirse hekiminize başvurunuz.

Enjeksiyon sonrasında alerjik reaksiyon oluşup oluşmadığının izlenmesi açısından hastanız yarım saat müşahede altında tutulacak. Bu süre sonunda hastanız sağlık personeli tarafından tekrar görüldükten sonra gidebilirsiniz.

Karşılaşılması muhtemel istenmeyen durumlar (komplikasyonlar)

- İğne girerken ve işlemden sonra geçici ağrı oluşabilir.
- İğne kırılabilir.
- İğne yapılan yerde enfeksiyon oluşup (mikrop kapabilir), sonrasında abse veya kemik zarı iltihabı gelişebilir. Bu enfeksiyonun düzeltilmesi için bir cerrahi girişim gerekebilir.
- Enjeksiyon yerinden geçici kanama olabilir.
- Sinir yaralanması, buna bağlı kalıcı ya da geçici bacak güçsüzlüğü, uyuşukluğu ve ağrı ortaya çıkabilir.
- Deride geçici renk değişikliği (morarma gibi) olabilir.

• Hastanemizde penisilin kas içi uygulanması öncesinde (doktor istemediği sürece) test yapılmamaktadır. Çünkü hayatı tehdit edecek düzeyde penisilin alerjisi test sırasında da gerçekleşebilir ve test sırasında alerji olmaması enjeksiyon sırasında alerji olmayacağı anlamına gelmez. Alerji açısından en önemli kriter, çocuğun veya birinci dereceden akrabalarının (anne, baba, kardeş) daha önce bir ilaca karşı alerjisinin olmasıdır. Böyle bir durum var ise sağlık personelimize bildiriniz.

Yukarda bazıları açıklanmış olan tüm bu istenmeyen durumların önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır, ancak bu durumların ortaya çıkıp çıkmayacağının önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle onam formunu imzalayarak hastanıza dair tüm bu riskleri bildiğinizi ve/veya hastanızın ameliyat/tedavi olmasını kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

2- <u>ONAM (RIZA, İZİN)</u>

- Doktorumuzdan çocuğumuzun tıbbi durumunun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi/cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldık.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı. İşlemin kim tarafından yapılacağını biliyoruz.
- İşlemin yararları kadar riskleri ve komplikasyon adı verilen, istenmeyen ancak oluşması muhtemel olumsuz sonuçları olabileceğini ve sonuca ilişkin herhangi bir garanti verilemeyeceğini biliyoruz.
- İşlemin yaklaşık olarak ne kadar süreceği ve girişim yolu ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildik.
- Önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğimiz zaman çocuğumun sağlığını tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildik.
- Doktorlarımızın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşılabileceğini biliyoruz.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca çocuğumuzun sağlığına yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği tarafımıza anlatıldı.

Hastaya özel durumlar:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “Okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı – Soyadı :
Tarih / Saat : ___/___/_____ ___:___
İmza :
(*) Hastanın Yakını: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktar

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___

<u>Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);</u>
Adı-Soyadı :
İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___