KAS İÇİ (İNTRAMÜSKÜLER) ENJEKSİYON BİLGİLENDİRME BELGESİ

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan işlemin "nasıl?", "neden?" gerçekleştirilmek istendiğinin, bu "işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği", "işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği", bu işlem "alternatifinin olup olmadığı" konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsüzüz.

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON İŞLEMİ NEDİR?
İlaçların kas içinden hastaya verilmesi işlemidir. Bu işlem birkaç dakika kadar sürer.

BU İŞLEM NASIL YAPILIR?
1. Öncelikle zerk edilecek ilacın verilmesine engel durumlar (örneğin kan sulandırıcı ilaç kullanımı, verilecek ilaca karşı daha önce alerji gelişimi gibi) sorgulanır. Eğer sorgulanmadı ise bu durumu doktor ya da hemşirenize bildiriniz.
2. Enjeksiyon yapılacak bölge alkol ile temizlenir, ilaç enjektöre çekilir ve iğne cilde batırılarak kasa ulaşır. 3.Enjektörle aspirasyon yapılarak kan gelip gelmediğine bakılır. İlaç kas içine zerk edilir, sonrasında iğne geri çekilir.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: ……..

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI: Bazı ilaçların daha etkin bir şekilde uygulanabilmesi için yapılır.

BU İŞLEME BAĞLI GELİŞEBİLECEK İSTENMEYEN ETKİLER NELERDİR? İğne girerken ve işlemden sonra geçici ağrı oluşabilir.

3.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:
1. İğne kırılabilir
2. İğne yapılan yerde enfeksiyon oluşup (mikrop kapabilir,) sonrasında apse ve ya kemik zarı iltihabı gelişebilir.Bu enfeksiyonun düzeltilmesi için bir cerrahi girişim gerekebilir.
3. Enjeksiyon yerinde geçici kanama olabilir.
4. Sinir yaralanması, buna bağlı kalıcı ya da geçici bacak güçsüzlüğü, uyuşukluğu ve ağrı ortaya çıkabilir. 5.Deride geçici renk değişikliği (morarma gibi) olabilir.

Yukarıda bahsedilen tüm risklere rağmen, doktorunuz bu girişimin sizin/hastanızın yararınıza olacağını bu yüzden girişimin yapılması gerektiği düşünmektedir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Bazı ilaçlar sadece kas içine verilebilir. Sadece kas içine verilebilen ilaçlar için bu işlemin bir alternatifi yoktur. Ancak bir çok ilacın kas içi enjeksiyon yerine ağızdan ya da damar içi enjeksiyon şeklinde alınması da mümkündür. Doktorunuza bu ilacın başka bir yolla verilip verilemeyeceğini sorabilirsiniz.

5.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:
İlacın uygulanmaması durumunda tedaviniz yarım kalabilir, bu sizin/hastanızın mevcut durumunu ağırlaştırabilir, hayati tehlikeye yol açabilir. Bu bilgilendirme ve rıza onam formunu okudum/yakınım bana okudum. Doktorum, önerilen işlemi, işlemin risklerini ve işlemi yaptırmadığım taktirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanındı ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi. Bu bilgiler ışığında bana/yakınma bu tedavinin/işlemin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Hazırlıkla birlikte birkaç dakika sürmektedir.

- 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 :
Yakınlık Derecesi:

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

İŞLEMİ YAPAN

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___