

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Lomber Epidural Steoridin amacı ağrıyı gidererek hastanın normal yaşamına dönmesinin, kullanılacak ağrı kesici miktarının azaltılmasının ve gerekiyorsa fizik tedavi ve egzersiz programına ağrısız katılmasının sağlanmasıdır. Yaşam kalitesinin yükselmesi beklenmektedir.

Sadece girişimin yapılacağı cilt bölgesi uyuşturulur. Gerekli görülürse hafif sakinleştirici ilaçlar ile heyecan yatıştırılabilir. Anestezi ağrı kliniğinde tüm işlemler özellikli iğneler ile gerçekleştirilmektedir. Lokal anestetikler, radyoopak maddeler, antibiyotikler, ağrı kesici ve sakinleştirici ilaçlar gereğinde uygulanacaktır. Bazı uygulamalar sırasında kortizon ve türevi ilaçlar da kullanılabilir. Kortizon kullanıldığında önceden doktorunuz tarafından size bilgi verilecektir, istememeniz halinde kullanılmayacaktır.

Tedaviskopi adı verilen X-ışını (Radyasyon) yayarak görüntü sağlayan bir cihaz altında uzman hekimler tarafından gerçekleştirilecektir. Maruz kalacağınız X-ışını (radyasyon) dozu düşük bir doz olmakla birlikte az da olsa riski bulunmaktadır. Özellikle gebe hastalarda kullanımı uygun değildir. Bu nedenle gebeyseviz veya gebe kalma riskiniz varsa bunu doktorunuza bildiriniz.

Tedavi süresince kan basıncınız, kalp atım sayınız ve kan oksijen oranınız sürekli izlenecektir.

2.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Ağrı tedavisi uzman hekimler tarafından kademeli olarak yapılmaktadır. Öncelikle hasta için en güvenli ve konforlu tedaviler önerilmekte, bu tedavilere yanıt alınamadığı durumlarda daha ileri tedavilere geçilmektedir. İşlemin yapılması tamamen sizin onayınızla olmaktadır. Önerilen tedavinin uygulanmaması durumunda işlem den beklenen yararlar deneyimlenmemiş olacaktır.

3. İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Epiduralsteroid enjeksiyonu yapılmasını tercih etmiyorsanız ağrının giderilmesi için uygun ilaçlar kullanılması, tetik nokta enjeksiyonları, kuru iğne, transforaminal epiduralsteroid enjeksiyonu, radyofrekans uygulamalar, intradiskal uygulamalar, ameliyat (laminektomi, diskektomi vb), fizik tedavi gibi diğer tedavileri yine doktorunuzun önerisi doğrultusunda deneyebilirsiniz.

4.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

- 1) Enfeksiyon
- 2) Kanama
- 3) Bacaktadıuyukaybı
- 4) Omurilikhasarı
- 5) Kan basıncıdeğişiklikleri
- 6) Solunumgüçlüğü
- 7) Paralizi (bacaklardagüçsüzlük)
- 8) Ağrınıgeçmemesiveyaartması
- 9) Allerji
- 10) İdrar yapma zorluğu veya idrarını tutamama

Girişimler sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlarda hastalar acı lolarak diğer birimlerin ameliyathanelerinde operasyona alınmak zorundakalabilir. Girişim sırasında ve sonrasında koma ve ölüm dahi gelişebilmesi riski vardır. Bu riskler çok düşük olasılık dahi olsa tüm girişimlerde bulunmaktadır. Ancak şuda bilinmelidirki tüm cerrahi girişimlerde risk ve komplikasyonlar bulunmaktadır. Kliniğimiz komplikasyon oranları dünyadaki diğer ağrı kliniklerinden daha yüksek değildir.

5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

İşlemin tahmini süresi 15 – 60 dakikadır.

6.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz varsa bunu işlem den önce mutlaka doktorunuza bildiriniz. Daha önceden alerjiniz olmamasına rağmen yine de işlem sırasında alerjik olaylar meydana gelebilir. Uygulama sırasında alerjik olaylara müdahale edilebilecek her türlü ilaç ve ekipman mevcuttur. Ancak tedaviye rağmen ciddi alerjik reaksiyon sonucu solunum ve kan dolaşımı durabilir ve yoğun bakım ihtiyacı olabilir. Yine uygulamalar sırasında kullanılan ağrı kesici ve sakinleştirici ilaçlar solunumunuzu, kalp atım hızınızı yavaşlatabilir ve tansiyonunuzu düşürebilir. Önlem amacıyla tüm uygulamalar sırasında tansiyonunuz ve kalp atım hızınız sürekli özel bir cihazla takip edilecektir. Uygulamalar öncesinde gerekli kan tahlilleriniz yapılacaktır. Ancak özellikle pıhtılaşmayı engelleyici (kan sulandırıcı) ilaç kullanan hastalarda uygulanacak girişimlerde kanama riski artmaktadır ve işlem öncesi kullanımının uygun koşullarda kesilmelidir. Uygulamalar pıhtılaşma testleri uygun düzeye gelene kadar ertelenecektir. Bu tür ilaçları kullanıyorsanız lütfen doktorunuza bildiriniz.

Bana verilen bilgileri anladığımı, tedavinin etkin olmama ihtimalini, uygulanacak yöntem veya ilaca ait olası etki, yan etki, komplikasyonlar, riskler ve bunların önüne geçilmesi veya tedavi edilmesi sırasında doktorum tarafından yapılabilecek bütün tıbbi girişimleri, aşağıda belirtilen yakınım ve doktorun şahitliğinde kabul ediyorum.

7.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR

Girişim gününde veya daha öncesinden başlamış olan grip, sinüzit veya benzeri bir enfeksiyonunuz varsa yahut sebebi saptanmamış da olsa yüksek ateşiniz varsa girişimden önce mutlaka doktorunuza bildiriniz. Girişimin 4 saat öncesinden itibaren tamamen aç ve susuz kalmanız; herhangi bir katı-sıvı gıda, su ve çay almamış olmanız gerekmektedir. Eğer devamlı olarak kullanmanız gereken kalp, şeker veya tansiyon ilacı varsa doktorunuzla görüşerek ilaçları nasıl almanız gerektiğini sorunuz.

Girişim günü mevcut en son tarihli görüntüleme yöntemi ve filmleri (MR–EMG–Tomografi) beraberinizde getiriniz.

Mutlaka size eşlik edebilecek bir refakatçi ile geliniz, yalnız gelmeyiniz.

Girişimden sonra diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu ile ilgili size özel bilgilendirme yapılacaktır.

- 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 (Hekim)

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat : __/__/____/____