



ENJEKSİYON BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No:	YÖN.RB.177
Yayın Tarihi:	11.04.2014
Rev. No:	01
Rev. Tarihi:	13.10.2016
Sayfa No:	1/1

Sayın Hasta/vasi

1. Intramüsküler enjeksiyon kas içine (kaba ete),Damar içine intra venöz, ciltaltına subcutan ve cilt arasına intra dermal ve uygulanması gereken ilaçların uygulanması için bir yöntemdir.
2. Deneyimli bir sağlık personeli tarafından (doktor nezaretinde) küçük çocuk ve bebeklerin uyluk ön yüzüne, daha büyüklerin kalçasına bir enjektör (iğne) aracılığı ile yapılır.
3. İşlemin bazen çok nadir görülen istenmeyen etkileri olabilir. Bunlar enjeksiyon yerinde şişlik, kızarıklık, enfeksiyon, kas ve sinir zedelenmesi ve alerjidir. Bu durumlar deneyimli bir sağlık personeli tarafından donanımlı bir sağlık kuruluşunda yapıldığında oldukça nadirdir ve tedavisi mümkündür.
4. 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 %100 enjeksiyon sırasında alerji olmayacağı anlamına gelmez. Alerji açısından en önemli çocuğun veya birinci dereceden akrabalarının(anne, baba, kardeş) daha önce bir ilaca karşı alerjisinin olmasıdır. Böyle bir durum var ise sağlık personelimize bildiriniz.
5. Enjeksiyonunuz reçeteniz uygun düzenlenmiş ise yapılacaktır. Eğer reçetenizde doktor kaşesi yoksa, kaşe okunaklı değil ise,reçete bir haftadan eskiyse, ilaç dozunda bir sorun varsa sağlık personelimiz sizi yeniden değerlendirme için doktora yönlendirecektir ve bu durumda sizden ek olarak muayene ücreti alınacaktır.
6. Akut romatizmal ateş, B12 vitamini eksikliği gibi belli aralıklarla düzenli enjeksiyon olması gereken hastalara durumlarını bildirir raporları var ise reçete sorulmadan enjeksiyonu yapılacaktır.
7. Enjeksiyon sonrasında alerjik reaksiyon oluşup oluşmadığının izlenmesi açısından yarım saat bekletileceksiniz.Bu süre sonunda sağlık personeli tarafından tekrar görüldükten sonra gidebilirsiniz.
8. Enjeksiyon acil bir işlem değildir.İşleminiz acil hastaların işlerini aksatmayacak şekilde en kısa sürede yapılacaktır.
9. Size yapılacak enjeksiyon 'dır.

Bu onam formunu okuyup-anladım, anlamadığım yerler hakkında sağlık personelinden yeterli açıklamayı aldım. Bu işlemin bana/hastama uygulanmasına izin veriyorum.

Tarih :/...../..... Saat:.....:.....

HASTA/VASİ	BİLGİLENDİRME YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANI
Hastanın Hasta Adı Soyadı:.....	Adı Soyadı:.....
Adresi	İmza:
Tel.No:.....	
İmza:	

NOT: Bir enjeksiyondan daha uzun süreli bir tedaviniz varsa; imzaladığınız formun fotokopisini alıp, diğer enjeksiyonlar için geldiğinde getirdiğiniz taktirde tedavi bitene kadar tekrar imzalamanıza gerek olmayacaktır.