



## RİA (RAHİM İÇİ ARAÇ) UYGULANMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.210
Yayın Tarihi	11.08.2018
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa no	1/1

### Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi,

Aşağıdaki açıklamalar size yapılacak işlemler hakkında bilgi verecektir. Riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı açıklama yapılacaktır. Bilgilendirmeyi takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı onayınız alınacaktır.

### **Bu formu lütfen dikkatle okuyun**

Gebeliği önleyici etkisi çok yüksektir.

Uzun süre koruma sağlar. RİA çıkarıldığında tekrar gebe kalabilirsiniz. (Doğurganlık hemen geri döner.)

Sistemik yan etkileri yoktur. Cinsel ilişki sırasında hissedilmez ve ağrı yapmaz.

Emzirme ile etkileşimi yoktur. Emziren anneler de güvenle kullanabilir.

RİA takıldıktan sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolüne gelmeniz gerekmektedir.

Rahim İçi Araçların etki süresinin sonunda yenden uygulanması veya çıkarılması için sağlık kuruluşuna gelmeniz gerekmektedir.

İlk 3-6 ay karnın alt bölgesinde kramp tarzında ağrı yapabilir

Adet kanamalarında süre ve miktar olarak 2 katına kadar artma yapabilir. Adet dönemleri arasında lekelenme olabilir

Uygulama sırasında rahimde delinme riski olabilir (binde birden azdır). Uygulanması ve çıkarılması hafif ağrılı olabilir. RİA'nın kendiliğinden atılma riski vardır. Rutin kontrollere gidilmelidir.

### **Rahim İçi Araç (Ria) Uygulandıktan Sonra**

Adet gecikmesi, gebelik kuşkusu, anormal lekelenme ya da kanama, şiddetli karın ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı, aşırı kanama, anormal akıntı, halsizlik, ateş, titreme, olursa kontrol tarihini beklemeden hemen bir sağlık kurumuna başvurunuz.

### **Başvuru Sahibinin Onayı**

Sağlık personeli tarafından Rahim İçi Araç Uygulaması konusunda detaylı olarak bilgilendirildim. Yapılacak uygulamanın şahsıma ait özel riskleri, yan etkileri ve gerekebilecek diğer girişimler hakkında bütün soruları sordum. Bu işlem sırasında doktorumun kararıyla gerekli görülen diğer ek işlemleri de kabul ediyorum. Kendimi yeteri kadar aydınlanmış ve bilgilendirilmiş hissediyorum ve Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması için rıza gösteriyorum. Okudum ve Anladım, Kabul ediyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 10-20 dakikadır

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

**Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları:** Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....  
.....

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

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: