



## EPİDURAL STERÖİD ENJEKSİYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.41
Yayın Tarihi	05.11.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	26.12.2016
Sayfa no	2/1

### Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

### Hastalık ve Uygulanacak Yöntemler

Hastanemizde size uygulanacak olan girişimsel ağrı tedavi uygulamaları skopi adı verilen X-ışını (Radyasyon) yayarak görüntü sağlayan bir cihaz altında uzman hekimler tarafından uygulanacaktır. Maruz kalacağınız X-ışını dozu düşük bir doz olmakla birlikte az da olsa riski bulunmaktadır. Özellikle gebe hastalarda kullanımı uygun değildir. Bu nedenle gebeyseniz veya gebe kalma riskiniz varsa bunu doktorunuza bildiriniz.

**Tüm İşlemler Sırasında;** lokal anestezipler, radyopak maddeler, antibiyotikler, kortizon, ağrı kesici ve sakinleştirici ilaçlar gereğinde uygulanacaktır. Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz varsa bunu işlemden 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.

**İşlemin Riskleri:** Enfeksiyon, Kanama, Bacakta duyu kaybı, Omurilik hasarı, Kan basıncı değişiklikleri, Solunum güçlüğü, Paralizi (bacaklarda güçsüzlük), Ağrının geçmemesi veya artması

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.

Olan girişimsel ağrı tedavi uygulamaları skopi adı verilen X-ışını (Radyasyon) yayarak görüntü sağlayan bir cihaz altında uzman hekimler tarafından uygulanacaktır. Maruz kalacağınız X-ışını dozu düşük bir doz olmakla birlikte az da olsa riski bulunmaktadır. Özellikle gebe hastalarda kullanımı uygun değildir. Bu nedenle gebeyseniz veya gebe kalma riskiniz varsa bunu doktorunuza bildiriniz.

### Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılacağı açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yukarıdaki ifadelere dayanarak, cerrahi tedavinin gerçekleştirilmesini kabul ediyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 15 – 60 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.



## EPİDURAL STEROİD ENJEKSİYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.41
Yayın Tarihi	05.11.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	26.12.2016
Sayfa no	2/2

**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: