



Özel Ekol Hastanesi

FTR EKLEM İÇİ VE YUMUŞAK DOKU ENJEKSİYONLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.125	03.01.2018	01	24.04.2025	1 / 2

Hastanın Adı, Soyadı:

Baba adı:

Doğum tarihi:

Ana adı:

TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi (Ebeveyn)

Bu belge bilgilendirilmenizi ve aydınlatılmış onam haklarınızdan yararlanabilmenizi amaçlamaktadır. Size uygulanabilecek tanı veya tedavi amaçlı girişimler ile bu girişimlerin yararları ve muhtemelen zararları konusunda anlayabileceğiniz şekilde bilgi alma hakkınız vardır.

Size uygulanabilecek tanı veya tedavi amaçlı girişimler konusunda bilgilendirildikten sonra düşünmek ve karar vermek için uygun zaman talep edebilirsiniz. Size önerilen tanı veya tedavi amaçlı girişimleri kabul etmediğinizi yazılı bir belge ile bildirmeniz gerekmektedir. Enjeksiyon uygulamaları kas-eklem ve çevresindeki yapılarla ilgili hastalıklarda tanıyı desteklemek veya tedavi için kullanılmaktadır. İlgili dokulara lokal anestezi, steroid, serum fizyolojik gibi maddelerin bir veya birkaçının karışımının enjektör vasıtasıyla uygulanmasını içerir.

İşlemden beklenen faydalar

- Hem tanı hem de tedaviye yardımcı olması
- Eklem içi iltihabi süreci durdurma potansiyeli olması
- Ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi şikayetleri hafifletmesi veya tamamen gidermesi
- Fazla ilaç alımından kaçınılmasını sağlaması
- Diğer tedavi yöntemlerine olan ihtiyacın azalması veya gerek kalmaması
- Yan etki ve zarar riskinin az olması
- İstenmeyen eklem içi sıvı birikimlerinin aynı seansta alınmasıyla şikayetlerde hızlı rahatlama sağlaması
- Aynı seansta analiz için sıvı almanın mümkün olması

İşlemin uygulanmaması halinde karşılaşılabilecek durumlar

- Hastalığın tanısındaki belirsizliğin devam etmesi veya uygun tedavi yapılmamasına bağlı ağrı ve fonksiyon kayıplarının devam etmesi veya ilerlemesi

Uygulamanın alternatif tedavi yaklaşımları

- Çeşitli ilaç tedavileri, fizik tedavi yöntemleri ve bazı durumlarda cerrahi yaklaşımlar enjeksiyon uygulamalarına alternatif oluşturmaktadır.

Enjeksiyon uygulamalarının olası riskleri ve yan etkileri

- Yöntemin olası yan etkileri: ağrı artışı, enjeksiyon yerinde ciltte kızarıklık veya hafif şişlik, yanma-sızlama hissi
- Diğer olası yan etkiler: tansiyon düşmesi veya yükselmesi, baş dönmesi, çarpıntı, mide bulantısı, kan şekerinin düşmesi veya yükselmesi
- Çok nadir görülen yan etkiler ve riskler: kalp ritim bozukluğu, bayılma, sinir-kas-tendon yaralanması veya kopması, kanama, alerjik reaksiyonlar, iltihabi durumlar, felç. Bu risklerin her biri olması durumunda hayati fonksiyonları tehlikeye sokabilir.

İşlemin tahmin süresi; 10-15 dk.'dır.

Aşağıdaki imzası olan ben..... sağlığım ile ilgili olarak Özel Ekol Hastanesi'ne başvurduğum ve kurumda görevli doktor..... ile görüştim. Bana hastalığımın ön tanı/tanısının..... olduğunu söyledi.



Özel Ekol Hastanesi

FTR EKLEM İÇİ VE YUMUŞAK DOKU ENJEKSİYONLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HD.RB.125	03.01.2018	01	24.04.2025	2 / 2

Bu bilgilendirmelere ek olarak;

- Tanı ve tedavi yöntemleri konusunda ek sorular sorabileceğim ve bu soruların cevaplanacağı konusunda
- Önerilen tedavi yöntemleri arasında seçim yapabileceğim konusunda
- Enjeksiyon uygulamasına karar vermeden önce düşünmek için zaman talep edebileceğim konusunda
- Enjeksiyon uygulamasını kabul etsem bile uygulama yapılana kadar istediğim zaman onamımı geri çekme hakkımın olduğu konusunda bilgilendirildim.

Hastalığım ile ilgili olarak yapılacak enjeksiyon tedavisinde ilaç olarak kullanılacağını biliyorum.

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan uygulamayı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.			
İmzası:	Tarih:	Saat:	
Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise; Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:			
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı	<input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük	<input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok	<input type="checkbox"/>
Acil			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:
Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:

• 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, • 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden, • Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **“Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.”** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....
.....