



Özel Ekol Hastanesi
İNTRALEZYONEL ENJEKSİYON
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Adı – Soyadı : _____

Tarih : ___/___/20___

Doğum Tarihi : _____

Protokol No : _____

Cinsiyet : E K

Bu form ile intralezyonel Enjeksiyonun amacı, faydası, riskleri ve alternatif yöntemleri anlatılmaktadır. Dikkatlice okuyunuz. Eğer anlaşılmayan bir konu söz konusu ise hekiminizden detaylı bilgilendirme isteyiniz.

Tanımlama :

- İntralezyonel enjeksiyon; çeşitli dermatolojik hastalıklarda kullanılan bir tedavi şeklidir.
- Amaç; Lezyon içine uygun ilacı enjekte ederek tedavi sağlamaktır.

Uygulama Öncesi

_____ bulunan şikayetiniz için yapılan muayeneniz sonucu size hekiminiz tarafından _____ tanısı konmuştur.

☞ Bu hastalığın tedavisi konusunda başka seçenekler olmakla birlikte muayene eden doktorunuz bunlar arasında size en uygununun bu girişim olduğunu söylemektedir.

☞ Lütfen daha önceki sağlık problemlerinizi, varsa kronik hastalıklarınızla ilgili bilgi veriniz.

Almakta olduğunuz herhangi bir ilaç varsa ; özellikle Antikoagülan (pıhtılaşmayı geciktirici) kullanıyorsanız doktorunuza bilgi veriniz.

☞ Uygulama öncesi aç kalmanıza gerek yoktur.

Uygulama

1. Bu uygulama öncesinde herhangi bir ağrı duymamanız için, lokal anestezi yapılarak o bölge uyuşturulacaktır. İşlem daha sonra uygulanacaktır.
2. Steril bir enjektöre çekilen ilaç lezyonun gerekli bölgelerine enjekte edilecektir.

Uygulama Sonrası

Uygulama sonrasında bölgenin temiz ve kuru tutulması gerekmektedir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.112	27.05.2014	01	15.04.2016	1 / 3



Özel Ekol Hastanesi
İNTRALEZYONEL ENJEKSİYON
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Hasta Onayı :

Sonuç; Doktorlarım hastalığım tanısında yardımcı olabilecek bu girişimi bana ayrıntılı olarak anlattı. Ayrıca bu girişim sırasında oluşabilecek riskler ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Bana uygulanacak küçük cerrahi girişim ve lokal anestezi hakkında bilgi verildi. Anlamadığım ve merak ettiğim soruları doktorlara sordum ve ayrıntılı olarak cevabını aldım. Girişim olmadığı takdirde gelişebilecek riskler hakkında bilgi sahibiyim. Küçük cerrahi girişimin benim hastalığımın tanısını garanti etmediğini ve tıbben gerektirdiği takdirde daha sonra başkaca cerrahi girişim yapılması gerekebileceğini kabul ediyorum. Tüm bu bilgiler ışığında doktorlarımın önerdiği bu cerrahi girişimi ve onun yapılabilmesi için gerekli ilaç uygulamalarını kabul ediyorum.

	Adı, Soyadı (el yazısı ile)	İmza
Hasta / Hastanın yasal temsilcisi (*)		
Tercüman (**)		

(*) Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar

(**) Ger ekli durumda hukuken sorumlu kişi adına tercümanlık yapma vasıflarına sahip bir ikinci kişi

Doktor Bildirisi :

Hastaya ; tanı ve tedaviye niçin ihtiyacı olduğunu, uygulanacak küçük cerrahi girişim hakkında gerekli bilgileri, bu küçük cerrahi girişimin risk ve komplikasyonlarını, eğer istenmeyen sonuçlar meydana gelirse uygulanacak tedavi yöntemlerini ayrıntılı ve anlayabileceği bir dille anlattım.

Doktor Adı- Soyadı :

Tarih / Saat :

İmza :

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.112	27.05.2014	01	15.04.2016	2 / 3