

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-771 Yayın Tarihi :27.02.2024 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 3
	PERİFERİK SİNİR BLOKAJI UYGULAMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
Tarih : Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER

Vücutta ağrıya sebep olan yüzeyel sinirlerin uyuşturulması işlemine “Periferik Sinir Blokajı” adı verilir.

ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR):

Blokaj yapılacak ilgili sinire ait uygun anatomik bölge; gerekli malzemelerle temizlenecek, steril şartlarda deriden iğne ile girilecek ve uygun ilaçlardan, gereği kadar enjekte edilecektir. Enjeksiyon yapılan bölge ve çevresinde geçici uyuşukluk hissi olması normaldir. Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz varsa bunu işlemiden 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 ilaçlar solunumunuzu, kalp atım hızınızı yavaşlatabilir ve tansiyonunuzu düşürebilir. Önlem amacıyla tansiyonunuz ve kalp atım hızınız takip edilecektir.

Uygulamalar öncesinde gerekli kan tahlilleriniz yapılacaktır. Ancak özellikle pıhtılaşmayı engelleyici (kan sulandırıcı) ilaç kullanan hastalarda uygulanacak girişimlerde kanama riski artmaktadır. İşlem öncesi kullanımı doktorunuz kontrolünde kesilmelidir. Uygulamalar pıhtılaşma testleri uygun düzeye gelene kadar ertelenecektir. Bu tür ilaçları kullanıyorsanız lütfen doktorunuza bildiriniz.

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Bu işlem dışında, hastalığınız için uygun olan seçenekler doktorunuz tarafından sizin onayınız öncesinde

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-771 Yayın Tarihi :27.02.2024 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 3
	PERİFERİK SİNİR BLOKAJI UYGULAMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

aşağıda belirtilmiş olup; iş bu formdaki onamları vermekle aşağıda yazılı seçenekleri tercih etmemiş olduğunuz kabul edilir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Ağrının giderilmesi beklenmektedir.

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

İlaçlara karşı alerji: Sinir blokajı için verilen lokal anestezi ilaçlarına karşı alerji gelişebilir. Gerekli durumda tıbbi müdahale yapılacaktır.

İlaçların damar içine yapılması: Sinirlerin damarlara yakın komşulukları nedeniyle verilen ilaçlar, dolaşım sistemine istenmeden geçebilir. Buna bağlı baş dönmesi, uyku hali, bilinçte bozulma, epileptik atak (sara nöbeti) oluşabilir. Gerekli durumda tıbbi müdahale yapılacaktır.

Kanama/Morarma/Hematom: Sinire komşu damarların delinmesine bağlı olarak, damardan kan doku içine sızabilir, bu bölgede birikebilir.

Sinir hasarlanması/Paralizi: Sinirin iğne ile zedelenmesine bağlı veya ilacın direkt olarak sinir içine verilmesi nedeniyle geçici veya kalıcı duyu ve/veya hareket kaybı olabilir.

Enfeksiyon: Her enjeksiyonda olduğu gibi bu girişimlerde de enfeksiyon gelişebilir.

Ağrının geçmemesi veya artması: Uygulama sonrasında ağrınızın geçmesi veya azalması hedeflenmekle birlikte, bunun garanti edilmesi söz konusu değildir. İşlem sonrasında enjeksiyon yerinde geçici süreyle ağrı veya önceden mevcut ağrınızın artışı mümkün olabilir.

Bölgesel alopesi: Saçlı deriye kortizonlu ilaç uygulamalarına bağlı ve çok nadir olarak bölgesel saç dökülmesi bildirilmektedir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Hekiminiz tarafından detaylı bilgilendirme yapılacaktır.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Hekim Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-771 Yayın Tarihi :27.02.2024 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 3
	PERİFERİK SİNİR BLOKAJİ UYGULAMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığının üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Tercüman Adı Soyadı:

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/ hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :