DAMAR İÇİ (İNTRAVENÖZ) ENJEKSİYON İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

……..Hastanesi Acil Tıp AD/Kliniği

Hastanın Adı Soyadı:
Protokol No:
Doğum Tarihi:
Baba Adı:
Ana Adı:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI
Çok çeşitli nedenlerle damar içi enjeksiyon uygulanabilir.
Bu işlem damar içine ilaç enjekte edilmesi veya ilacın devamlı (infüzyon) verilmesi şeklindedir.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ
Çok çeşitli hastalıklarda (kalp yetmezliği, ağır infeksiyonlar, tansiyon düşüklüğü, şok, baş dönmesi, ülser ağrıları vb) damar içi enjeksiyon ve/veya infüzyon uygulaması yapılabilir.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR
Bazı ilaçlar sadece damar içi yapılmak üzere hazırlanmışlardır bunlar başka bir yoldan vücuda verilemez.
İlacın damar içine verilmesi daha kısa sürede ve etkili olmasına olanak sağlar.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK
Uygulama yapılacak damar belirlenir, giriş yapılacak bölgenin üstü turnike ile sıkılır, belirginleşen damarın üstü yani cilt antiseptik bir solüsyonla silinir. Kateter ile damara girilir, kateterin içindeki metal kısım hafif geri çekilerek kanın geldiği görülür sonra metal kısım tamamen çekilerek çıkartılır ve kateter sabitlenir. İlaç uygulaması kateter içinden yapılır. Eğer katetere daha fazla ihtiyaç duyulmuyorsa çekilip çıkartılır ve bölge kuru pamukla 5 dakika kadar bastırılır.

YAN ETKİLER
Damar içi enjeksiyon yapılırken ve iğne çekildikten sonra ağrı duyulabilir.
Nadiren enjeksiyon yapılan yerde infeksiyon, morarma, atardamara girme, damardan hava girmesi ve ilacın damar dışına çıkarak cilt altına kaçması gibi komplikasyonlar oluşabilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR
Daha önce bu girişimin yapılıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

GİRİŞİMDEN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR

Hekiminizin önerilerini yerine getiriniz.

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 taktirde 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 kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

……

……

Hastanın/Veli/Vasi/Yakınının(yakınlıkderecesi) adı, soyadı ve imzası:

Hekimin adı, soyadı ve imzası:

Şahidin adı, soyadı ve imzası: **Yer/Tarih/Saat :**

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.
- Yazılı olarak kaldırılma talebim olmadıkça mükerrer yapılan aynı işlemler için (örneğin diyalize girme, kan transfüzyonu, belden sıvı alma, kemoterapi, radyoterapi, yatış süresinde bir seri aynı şekilde tıbbi veya cerrahi tedavinin uygulanacağı diğer hallerde v.b.) bu onam geçerli olacaktır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı, soyadı:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza: **Tarih:**