Hastanın Adı Soyadı:
Sayın Hasta /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 kas içi enjeksiyon uygulanabilir. Bu işlem kas içine (kolun üst dış kısmı, kalçanın üst dış kısmı veya uyluğun üst ön kısmı) ilaç enjekte edilmesi işlemidir. Çok çeşitli hastalıklarda (enfeksiyonlar, her türlü ağrı, kronik hastalıklar vb) kas içi enjeksiyon uygulaması yapılabilir. Kas içi uygulamasına örnek verecek olursak bazı aşılar, ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçlar, bazı antibiyotikler, vitaminler vb.

GİRİŞİM YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR
Bazı ilaçlar sadece kas içi yapılmak üzere hazırlanmışlardır bunlar başka bir yoldan vücuda verilemez. Bir çok ilacın ise kas içi, damar içi veya ağızdan alınmak üzere hazırlanmış formları mevcuttur. İlacın kas içine yapılması daha kısa sürede ve etkili olmasına olanak sağlar.

GİRİŞİM NASIL YAPILACAK
Kas içi enjeksiyon genellikle kalçanın üst dış kısmına yapılır. Ancak hekimin gerek gördüğü durumlarda veya hastanın isteği üzerine yukarıda sayılan diğer bölgelerden birine de uygulanabilir. Uygulamada cilt antiseptik bir solüsyonla temizlenir ve iğne bölgeye batırılarak kas içine ilaç enjeksiyonu yapılır. İlaç verilmesi bittikten sonra iğne çekilir ve bölge kuru pamukla ovulur.

YAN ETKİLER
Eğer girişim yapılırken kendinizi sıkmaz iseniz aşağıdaki yan etkilerin oluşma ihtimali çok azdır. Bu nedenle girişim esnasında derin nefes alıp veriniz. Kas içi enjeksiyon yapılırken ve iğne çekildikten sonra ağrı duyulabilir. Nadiren enjeksiyon yapılan yerde enfeksiyon, kanama, morarma ve sinir harabiyeti meydana gelebilir. Çok nadiren de enjeksiyon yapılırken iğne kırılabilir.

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 "Bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.
.....

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

Order Yapan Hekimin adı, soyadı :
İşlemi Yapan Sağlık Personeli Adı Soyadı:
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. (Sağlık Personeli)

İmza: Tarih: