Hastanın Adı, Soyadı:.....**TC Kimlik No**:.....**Baba Adı** : .....**Ana Adı**:.....**Doğum Tarihi** :.....

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi; Bu yazılı form, size yapılacak olan tedavi/Müdahale ve buna bağlı komplikasyonlar (Müdahale sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar, yan etkiler) hakkında temel bilgileri açıklamak için hazırlanmıştır. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve soruları cevaplayınız. Bu form, tarafınıza sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı şeklini içermektedir ve yasal bir gerekliliğin ortaya çıkması halinde hastane arşivinde saklanacaktır. Yapılacak Girişimin Süresi: Ortalama 5-15 dk.

1.Eklem ve Yumuşak Doku Enjeksiyonları Ile İlgili Genel Bilgi ve Beklenilen Faydalar: Eklem ve yumuşak doku enjeksiyonları tanı ve tedavi amacıyla kullanılan tıbbi metotlardır. Romatizmal hastalıklarda tanı amacıyla efüzyonu olan eklemlerde sinovyal sıvı analizi yapmak için sinovyal sıvı aspirasyonu yapılır. Aspirasyon ile aynı zamanda eklem kapsülünün gerginliği azaltılarak ağrının azaltılması da sağlanmaktadır. Eklem (temporamandibular eklem, omuz, dirsek, el bileği, elin küçük eklemleri, sakroiliak eklem, kalça, diz, ayak bileği, ayağın küçük eklemleri…benzeri), periartiküler ve yumuşak doku (epikondil, tetik nokta, fasiya, tendon, sinir….benzeri) enjeksiyonlarının genel endikasyonları; ağrı ve inflamasyonun azaltılması / giderilmesidir. Bu tedavi ile eklem hareket açıklığının arttırılması, fonksiyonların arttırılması ve özürlülüğün azaltılması, sonuçta yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanır.

2.Müdahalenin Kim Tarafından, Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı ve Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hekimi tarafından uygulama yapılacak bölgeye ve uygulama tekniğine göre hastaya uygun pozisyon verilir, cildin temizliği yapılır, steril enjektörle aspirasyon kontrolu yapıldıktan sonra ilaç enjekte edilir. Kullanılan ilaçlar, lokal anestezikler ve/veya kortikosteroidler veya çeşitli hyalurunik asit preparatları benzeri lokal enjeksiyon uygulamasında kullanılan ilaçlardır. Bu tıbbi işlemler ayaktan hastalar için hastanemiz poliklinik odalarında, yatan hastalar için kliniklerde hasta odalarında yapılır.

3.Diğer Tedavi Seçenekleri: İstirahat, ortez uygulamaları, fizik tedavi modaliteleri, egzersiz, sistemik ilaç kullanımı, cerrahi tedaviler eklem ve yumuşak doku enjeksiyon tedavisine alternatif tedavi seçenekleridir.

4.İşlemin Riskleri: Gerek tıbbi işleme, gerekse uygulanan ilaç ve/veya ilaçlara bağlı olarak enfeksiyon, kanama, alerji, tendon kopması, kas erimesi, yağ erimesi, cilt erimesi, ciltte renk değişikliği, sinir hasarı, kemik hasarı benzeri tıbbi durumlar oluşabilir.

5.Hasta, Veli veya Vasinin Onay Açıklaması: Uygulanacak olan tıbbi işlemin faydaları, muhtemel sakıncaları, bu tedavinin alternatifleri, önerilen eklem veya yumuşak doku enjeksiyon tedavisinin kabul edilmemesi durumunda yukarıda belirtilen muhtemel faydalardan yararlanılamayacağı ve dolayısıyla hastalığımla ilgili özürlülüğümün artabileceği ve bu durumun yaşam kalitemin azalmasına neden olabileceği tarafıma açıklandı. Gerektiğinde aynı tedaviye Devlet Eğitim ve Araştırma Hastaneleri/Devlet Hastaneleri/Üniversite Hastaneleri/Özel Hastaneler/Özel Merkezler'in Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniklerinde ulaşabileceğim anlatıldı. Bana önerilen bu tedaviyi hiçbir baskı altında kalmadan, bilincim açık kabul ediyorum.

Bu formu kendim okuduğumu veya yakınlarımın okuduğunu bildirir, bana sorularımı sormak ve kararımı vermek için yeterli süre tanındığını beyan ederim. İmzam bu bilgileri okuduğumun ve anladığımın kanıtıdır.

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

Hekimin Adı Soyadı İmzası Tarih Saat:

Not: Lütfen kendi el yazınızla "*2 sayfadan oluşan bu rıza belgesini okudum, anladım ve kabul ediyorum*" yazınız ve imzalayınız.

.....
.....

Hastanın/Veli/Vasi Adı, Soyadı İmzası Tarih Saat:

NOT: Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman):

Ben "Aydınlatılmış Rıza Belgesi içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına

yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.’’

Adı, Soyadı Tarih ve Saat İmza:

Not: Onam Formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Dosyada kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya hasta yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.