

ADI-SOYADI:
T.C. KİMLİK NO:
DOĞUM TARİHİ (YAŞI):

TARİH:
TELEFON:
CİNSİYET:

Bu formun amacı size uygulanması planlanan **SEDASYON/SEDOANALJEZİ** uygulaması işleminin faydaları, riskleri, istenmeyen sonuçları(komplikasyonlar), işlem öncesi ve sonrası dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi vermek, size uygulanacak bu işlemi anlamanızı ve kendi rızanız ile onay vermenizi sağlamaktır. **Lütfen formu dikkatlice okuyunuz.** Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa belirtiniz ve doktorunuzdan yardım isteyiniz. Size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin görüşme tanığı olarak katılmasına izin verebilirsiniz.

Sizinle ilgili bilgiler (kimlik, hastalık, durum, görülen tedavi) sizin onayınız ve mahkeme kararı olmaksızın açıklanmayacaktır. Kendi dosyanıza bakabilme ve kopyasını alma hakkına sahipsiniz ancak bu hak üçüncü şahısların dosyasına bakma hakkını içermez.

YAPILACAK İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Sedasyon/sedoanaljezi kişinin/hastanın, yapılacak ağrılı uyarınlı tıbbi işlemlerde; ağrı duymasının, hareketli olmasının ya da uyanık olmasının hem hasta hem doktor tarafından istenmediği durumlarda yapılır. Sedasyon yapılmadığı takdirde tanı ve/veya tedavi için gereken işlemler yapılırken ağrı duyarsınız. Ağrı duyduğunuz için tam bir hareketsizlik sağlanamaz. Dolayısıyla tanı ve/veya tedavi için yapılacak olan girişimler yetersiz kalır. Sedasyon sayesinde tanı ve tedavi amaçlı yapılacak tıbbi işlemler, konforlu ve güvenli bir şekilde, sizde ve/veya çocuğunuzda sakinlik yaratılarak sağlanacaktır.

İŞLEMİN UYGULAMA YÖNTEMİ

Uyku durumuna benzeyen sedasyon öncesinde; rahatlatıcı bir ilaç uygulaması (premedikasyon) yapılacak olup, bu ilaçlar; enjeksiyon (damar içi (IV) (puşe (sulandırmadan) veya infüzyon (serumla sulandırarak)), kas içi (IM)), makattan fitil (rektal ovül), ağızdan tablet (oral), ağızdan şurup (oral) ve ağızdan spre (ağız içi) şeklinde olabilirler. Genellikle ağızdan tablet/şurup ya da damar içi IV puşe enjeksiyon veya infüzyon olarak tercih edilirler. Kişi sakinleştirildikten sonra hızlı etki gösteren bir başka ilacın IV puşe veya IV infüzyon şeklinde verilmesi ile sedasyon başlar. Kişinin bilinci (şuuru) kapanır, tüm vücuttaki ağrı hissi ortadan kalkar. Sedasyon girişi boyunca bu durum ilaçların devamlı verilmesiyle sürdürülür. Kısa süren girişimlerde genellikle IV puşe veya IV infüzyon yeterli olmaktadır. Uzun süren girişimlerde ilave olarak diğer yardımcı maddeler kullanılabilir ve ağız ve burun üzerine yerleştirilen oksijen maskesi gerekebilir. Girişim sırasında düzenli olarak vücudun önemli organ fonksiyonları olan nabız, tansiyon, solunum ve kan oksijenlenmesi kontrol edilir. Girişimin sona ermesi ile birlikte ilaçlar kesilir ve siz derin bir uykudan uyanır gibi uyanırsınız. Klinikten eve gönderilene kadar; tamamen uyanmanız sağlanacaktır ve kardiyovasküler organ fonksiyonlarının göstergelerinin normal olması sağlanacaktır.

UYGULAMAYA ENGEL VEYA UYGULAMADA RİSKLİ DURUMLAR

- 18 yaş aralığı dışında ve daha gençlerde ebeveyn onayı ile uygulanabilmektedir.
- Hamilelik/Emzirme
- Akut/kronik enfeksiyonlar ve sepsis tablosu
- Uygulama yerinde aktif enfeksiyon
- Kanseri varlığı veya kemoterapi tedavileri alıyor olmak
- Bağışıklık sistemini baskılayan hastalığı olanlar veya bağışıklığı baskılayan ilaç kullananlar

- Ciddi otoimmün hastalık, organ yetmezliği veya sistemik hastalığı kontrol altında olmayanlar (diyabet, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği vb),
- Anormal platelet=trombosit (kan pulcuğu) işlev bozuklukları (kan hastalıkları; lösem,trombositopeni)
- Aktif psikolojik/psikiyatrik hastalıklar
- Organ transplantasyon hikayesi olanlar

UYGULAMA SONRASI GELİŞEBİLEN YAN ETKİLER *İşleme ait genel bir risk yoktur.*

- Alerjik ilaç reaksiyonları
- Bulantı
- Kusma
- Solunum durması
- Nabız sayısında artma veya azalma
- Tansiyonda artma veya azalma
- Baş ve boyun ağrısı
- Beyin ve sinirlerde hasar
- Solunum desteği için entübasyon gereksinimi
- Emboli (beyin, kalp, akciğer)
- Malign hipertermi
- Ölüm

UYGULAMA ÖNCESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Hamilelik ve emzirme döneminde yapılamaz. Seanslara başlamadan önce veya seanslar devam ederken gebelik şüphesi / gebelik söz konusu olursa bunu mutlaka doktorunuzla paylaşınız. Çünkü tedavinizi ertelemek gerekecektir.
- Size/Hastaya daha önce böyle bir girişimin yapılıp yapılmadığı ve herhangi bir beklenmeyen durumla karşılaşılıp karşılaşılmadığı konusunda doktorunuzu bilgilendirin.
- Kullandığınız/Hastanın kullandığı ilaçlar konusunda doktorunuzu mutlaka bilgilendiriniz.
- Sizin/Hastanın eşlik eden hastalıkları, kanama bozukluğu veya ilaç alerjileri olup olmadığı konusunda doktorunuzu bilgilendiriniz.
- Sistemik bulaşıcı bir hastalığınız (hepatit B, hepatit C, HIV vs.) sistemik bulaşıcı olmayan bir hastalığınız (tansiyon, şeker, kalp hastalığı vb.) varsa bunu doktorunuzla paylaşınız.
- Kullandığınız tüm sistemik (ağızdan ilaç ve ağızdan gıda takviyelerini) ve topikal (deri üstüne krem, merhem, serum, losyon, kozmetik ürün, makyaj ürünleri vb.) kimyasalları doktorunuzla paylaşınız.
- İşleme gelmeden 6(altı) saat önce yeme ve içmeyi kesiniz. Aksi durumda işleme alamayız çünkü işlem sırasında aspirasyon (mide içeriğinin solunum yolları ve akciğere kaçması) gelişebilir ve bu da işlem sırasında ciddi solunum durması ve işlemden sonra ciddi akciğer enfeksiyonlarına yol açabilir.
- İşleme yalnız gelmeyiniz ve /veya işlemden sonra 6 (altı) saat motorlu araç/taşıt kullanmayınız.
- İşlemden 1(bir) saat sonra yiyip içebilirsiniz.
- Uygulamalara dinlenmiş olarak geliniz.
- Uygulama öncesinde alkollü içecekler tüketmeyiniz.

UYGULAMA SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Eve gönderilene kadar tamamen uyanmanız ve organ fonksiyonlarının iyi halinin gözlemi yapılacağından siz iyice uyanıncaya kadar gözlem altında tutulacaksınız. Klinikten daha erken çıkamazsınız.
- İşlem bittikten 1 (bir) saat sonra yiyip içebilirsiniz.
- İşlem bittikten 6 (altı) saat sonra araç/taşıt kullanabilirsiniz.

BAŞARI DURUMU

Tedaviden alınacak başarı kişiden kişiye değişebilir, tedavi sonucunda yeterli yanıt alınamayabilir. İşlem sonucu ile ilgili herhangi bir garanti verilemez. Kesin belirlenmiş bir uygulama sayısı yoktur. Bu nedenle tekrarlayan enjeksiyonlar gerekebilir.

UYGULAMA VE UYGULAMA MALİYETİ

Bu formu okuduktan sonra onay vermeniz halinde “işlem öncesi işleme ilişkin maliyet konusunda bilgilendirildiğinizi” ve “yapılacak işlemin maliyetini onayladığınıza dair” de onam vermiş olacaksınız. Oluşacak yan etkiler ve komplikasyonlar doktorunuz tarafından değerlendirilecek ve iyileştirme (reçete düzenleme, tıbbi müdahale, acil müdahale) işlemleri ve tedavi yönetiminiz doktorunuz tarafından belirlenecektir. Ancak oluşacak yan etkilerde ve komplikasyonlarda belirlenen tedavi yönteminizin masrafları doktorunuz tarafından karşılanmayacaktır. Klinik içinde yapılacak müdahalelerden ek ücret alınacaktır. Ayrıca bu gibi durumlarda size yapılan işlemin ücret iadesi de yapılmaz.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bu formu okuduktan sonra onay vermeniz halinde “uygulanacak tedaviye alternatif olabilecek tedaviler konusunda doktorunuz tarafından detaylı bir şekilde bilgilendirildiğinize dair onam vermiş olacaksınız.

FORMU İMZALAMAKLA ŞUNLARI KABUL ETMİŞ OLACAKSINIZ.

- ❖ Durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili olarak **SEDASYON/SEDOANALJEZİ** uygulaması hakkında ayrıntılı olarak bilgi aldım.
- ❖ Tedavinin yararları, uygulama yöntemi, tedaviye engel ve tedavinin yapılmasının riskli olacağı durumlar, genel riskler ve oluşabilecek istenmeyen sonuçlar, uygulama sıklığı, başarı durumu, maliyeti, alternatif tedaviler, uygulama öncesi ve sonrasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında tarafıma bilgi verildi.
- ❖ İzin olmaksızın tarafım üzerinde herhangi bir tıbbi müdahale/tedavi zorunlu olmadıkça uygulanamayacağı bana anlatıldı.
- ❖ Bu formda anlatılanlar dışında uygulama sırasında gerekebilecek herhangi bir ek girişimin, klinik içinde ya da klinik dışında sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için rızam dışında uygulanabileceği anlatıldı.
- ❖ İşlem sonucunda kesin bir başarı olamayabileceği ve başarı oranının hastadan hastaya değişebileceği ve bu yönde bir garanti verilmediği tarafıma anlatıldı.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak dört sayfadan oluşan bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi, doktorumun **SEDASYON/SEDOANALJEZİ** uygulamasını yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi beyan ederim.

İş bu form 2 nüsha olarak düzenlenmiştir. 1 nüshası hastaya teslim edilmiştir.

Hastanın reşit olmaması durumunda yasal vasi tarafından imzalanır. () Hasta uyanık ve bilinçli olarak formu huzurunda imzalamıştır. (*)*

HASTA ADI-SOYADI	TANIK ADI-SOYADI	DOKTOR ADI-SOYADI
İMZA:	İMZA:	İMZA:

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ ALANI EKSİKSİZ OLARAK DOLDURUNUZ.	EVET	HAYIR
Sistemik kronik bir hastalığınız (şeker (tip 1/2 diyabet), hipertansiyon, kalp, hashimato tiroiditi, karaciğer, akciğer, böbrek, nörolojik vb) var mı?		
Otoimmün bir hastalığınız (sistemik lupus eritematozus, skleroderma, dermatomyozit, ankilozan spondilit, romatoid artrit, ülseratif kolit, crohn hastalığı vb. gibi) var mı?		
Kanser hastalığınız (daha önce/şu anda) var mı? Bu durum için herhangi bir ilaç/tedavi alıyor musunuz?		
Aktif bir deri hastalığınız var mı? Daha önce bir deri hastalığınız (akne, dermatit, sedef, liken, lupus vb.) var mıydı?		
Tüm bu durumlar için düzenli kullandığınız ilaçlar/gıda takviyesi var mı?		
Kanamaya yatkınlığınız var mı?		
Yakın zamanda kan sulandırıcı etkileri olan aspirin, kumadin, varfarin, gingko biloba, ginseng, yeşil çay, koenzimQ10 vb ilaçlar veya gıda takviyesi aldınız mı?		
Geçirilmiş hepatit B, Hepatit C, HIV, Sifiliz (Frengi) var mı?		
Gebelik riski, gebelik ya da emzirme var mı?		
Sistemik ya da uygulama alanında lokal enfeksiyonunuz var mı?		
Tekrarlayan uçuk enfeksiyonu yaşıyor musunuz?		
Geçirilmiş ameliyat/ameliyatlarınız var mı?		
Alerji öyküsü var mı? Herhangi bir ilaç veya anestezi maddeye karşı alerjiniz var mı?		
Uygulama alanına bir kozmetik ürün kullanıyor musunuz?		
Yoğun güneş veya UV (solaryum gibi) maruziyetiniz oldu mu?		
Panik atak öykünüz var mı?		
Daha önce SEDASYON/SEDOANALJEZİ uygulamasını herhangi bir vücut bölgenize yaptırdınız mı?		
Daha önce yapılan SEDASYON/SEDOANALJEZİ işlemi/işlemlerinde beklenmeyen bir etki ile karşılaştınız mı?		
Uygulama esnasında fotoğraf veya video görüntülerimin/görüntülerinin alınabileceğini ve bunların eğitsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılabileceğini onaylıyorum.		
Alınan görüntülerin sosyal medya hesaplarınızda hastalarınızı bilgilendirmek amaçlı kimliğim belli olmayacak şekilde paylaşılmasını onaylıyorum.		

Sorulan sorulara evet yanıtı verdiğiniz durumları detaylıca aşağıdaki alana yazınız.

.....

.....

.....