



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AĞRI BİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1368
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/3

SPİNAL KORD STİMÜLASYONU YERLEŞTİRME TEDAVİ UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

.....

Dosya No

.....

Tarih / Saat

.....

Yöntem:

Hastaya uygulanacak işlem

☐

Spinal kord stimülasyonu yerleştirme uygulamaları

Algoloji Bilim Dalında size uygulanacak olan girişimsel ağrı tedavi uygulamaları skopi adı verilen X-ışını (Radyasyon) yayarak görüntü sağlayan bir cihaz altında uzman hekimler tarafından uygulanacaktır. Maruz kalacağınız X-ışını dozu düşük bir doz olmakla birlikte az da olsa riski bulunmaktadır. Özellikle gebe hastalarda kullanımı uygun değildir. Bu nedenle gebeyken veya gebe kalma riskiniz varsa bunu doktorunuza bildiriniz.

Tüm işlemler sırasında; lokal anestezipler, radyoopak maddeler, antibiyotikler, kortizon, ağrı kesici ve sakinleştirici ilaçlar gereğinde uygulanacaktır. Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz varsa bunu işlemden 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 ağrı kesici ve sakinleştirici ilaçlar solunumunuzu, kalp atım hızınızı yavaşlatabilir ve tansiyonunuzu düşürebilir. Önlem amacıyla tüm uygulamalar sırasında tansiyonunuz ve kalp atım hızınız sürekli özel bir cihazla takip edilecektir.

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

Genel riskler ve komplikasyonlar

- 1) İmlante edilen materyale allerjik reaksiyon
- 2) Kanama
- 3) Enfeksiyon
- 4) İnizyon yerinde ağrı
- 5) Paralizi güçsüzlük hissi
- 6) Baş ağrısı
- 7) Elektrodun yer değiştirmesi
- 8) Stimülatörün effektivitesini kaybetmesi
- 9) Skar dokusunun gelişmesine bağlı atimülasyonda değişimler
- 10) Jeneratör veya elektrot bölgesindeki cilt bütünlüğünün bozulması

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1368
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	AĞRI BİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/3

Özel Durumlar:

Alerji/Kullanılan İlaçlar: Doktoruma bilinen tüm alerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

Tıbbi araştırma: 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.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1368
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
		REVİZYON NO	00
	AĞRI BİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	3/3

Onam Doğrulama :

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim