



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ACİL ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1582
YAYIN TARİHİ	23.09.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1/2

SEDASYON İŞLEMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

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.

SEDASYONUN TANIMI

Ağrı duymamanızın, hareketli olmanızın veya uyanık olmanızın istenmediği tanı ve tedavi amaçlı yapılacak tüm işlemler konforlu ve güvenli bir şekilde sizde ve/veya çocuğunuzda sakinlik yaratılarak sağlanacaktır.

SEDASYON HAKKINDA BİLGİ

Uyku durumuna benzeyen sedasyon işlemi, genellikle rahatlatıcı bir ilaç uygulaması (premedikasyon) (enjeksiyon, fitil, tablet, şurup, sprey vb) ve bir serum takılmasından sonra hızlı etki gösteren bir ilacın verilmesi ile başlar. Girişim boyunca bu durum ilaçlarla devam ettirilir. Burada şuur ve bütün vücuttaki ağrı hissi ortadan kalkar. Basit ve kısa süren girişimlerde genellikle toplardamar içine (damar içi anestezi) ilacın verilmesi ile sağlanabilir. Ağır ve uzun süren girişimlerde ilave olarak diğer yardımcı maddeler kullanılır. Ağız ve burun üzerine yerleştirilen soluma maskesi (maske anestezisi) ile oksijen verilir.

Girişim sırasında düzenli olarak vücudun önemli organ fonksiyonlarını örneğin: nabızı, tansiyonu, solunum, EKG de kalp atışlarını, kanın oksijenlenmesi kontrol edilir. Girişimin sona ermesi ile birlikte ilaçlar kesilir ve siz derin bir uykudan uyanır gibi uyanırsınız. Başka bir kliniğe veya eve gönderilene kadar tamamen uyanınca ve organ fonksiyonları normal oluncaya kadar gözetim altında tutulursunuz.

SEDASYON YAPILMADIĞI TAKDİRDE NELER OLABİLİR?

Tanı ve/veya tedavi için gereken işlemler yapılırken ağrı duyarsınız. Hasta ağrı duyduğu için tam bir hareketsizlik sağlanamaz. Dolayısıyla tanı ve/veya tedavi için yapılacak olan girişimler yetersiz kalır.

YAN ETKİLER

Bulantı, kusma, solunum durması, nabız sayısı ve tansiyonda azalma veya artma meydana gelebilir. Çok nadiren boyun ağrısı, alerji, sinir hasarı, entübasyon gereksinimi, emboli, malign hipertermi, ölüm görülebilir.

SEDASYON YAPILMADAN ÖNCE HEKİME AÇIKLANMASI GEREKEN DURUMLAR

Daha önce bu girişimin yapıp yapılmadığı, hastanın kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, kanama bozukluğu veya alerjisi olup olmadığı hakkında yeterli bilgi verilmelidir.

SEDASYON YAPILDIKTAN SONRA HASTANIN DİKKAT ETMESİ GEREKEN DURUMLAR

Başka bir kliniğe veya eve gönderilene kadar tamamen uyanınca ve organ fonksiyonları normal oluncaya kadar gözetim altında tutulursunuz.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1582
		YAYIN TARİHİ	23.09.2013
		REVİZYON NO	00
	ACİL ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/2

Hasta, veli veya vasiinin 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 takdirde 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 takdirde 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 ve-veya /Veli/Vasi/Yakınının(yakınlık derecesi) adı, soyadı ve imzası:

Hekimin adı, soyadı ve imzası:

Şahidin adı, soyadı ve imzası:

Yer/Tarih/Saat :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim