

درمان مداخله‌ای درد

سند رضایت آگاهانه

شماره بازبینی / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026

شماره فرم: AOF-008

شماره پرونده بیمار	تاریخ	
شماره شناسایی ترکیه / گذرنامه	تاریخ تولد	
نام کامل بیمار	جنسیت	
تشخیص		

فرم رضایت آگاهانه

شماره فرم: AOF-008 | شماره بازنگری / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026

1. بیمار گرامی،

آگاهی از وضعیت پزشکی خود و همه اقدامات درمانی پزشکی / جراحی و تشخیصی پیشنهادشده برای درمان بیماری‌تان، طبیعی‌ترین حق شماست. پس از آگاهی از فواید و خطرات احتمالی درمان پزشکی و مداخلات جراحی، رضایت دادن یا ندادن به اقدامی که انجام خواهد شد، باز هم به تصمیم خود شما بستگی دارد. هدف از این توضیحات، ترساندن یا نگران کردن شما نیست، بلکه مشارکت دادن آگاهانه‌تر شما در تصمیم‌هایی است که درباره سلامتی‌تان گرفته می‌شود. در صورت تمایل، همه اطلاعات و مدارک مربوط به سلامتی شما می‌تواند در اختیار خودتان یا یکی از بستگانتان که مناسب بدانید قرار گیرد. این فرم به گونه‌ای تنظیم شده است که نیازهای بیشتر بیماران را در بسیاری از شرایط برآورده کند، اما نباید آن را سندی دربرگیرنده خطرات همه روش‌های درمانی دانست. بسته به وضعیت سلامت شخصی شما، پزشکتان ممکن است اطلاعات متفاوت یا تکمیلی به شما بدهد. پس از آگاهی از فواید و خطرات احتمالی تشخیص، درمان پزشکی و مداخلات جراحی، پذیرفتن یا نپذیرفتن اقداماتی که انجام خواهد شد به تصمیم خود شما بستگی دارد. به جز موارد دارای الزام قانونی و پزشکی، می‌توانید از دریافت اطلاعات خودداری کنید یا هر زمان که بخواهید رضایت خود را پس بگیرید. این فرم با هدف آگاه‌سازی شما درباره خطرات عمل جراحی و روش‌های درمانی جایگزین تهیه شده است. لطفاً این فرم را به‌طور کامل و با دقت بخوانید و پس از خواندن فرم و برطرف شدن همه تردیدهایتان درباره اقدام موردنظر توسط پزشک، این فرم رضایت را امضا کنید.

2. اطلاعات کلی درباره بیماری و درمان

تزریق مفصل فاست: اقدامی است که در آن، برای برطرف کردن / کاهش دردهای برخاسته از مفاصل فاست — که در بخش پستی ستون فقرات مهره‌ها را به هم متصل می‌کنند — استروئید دپو (طولانی‌اثر) و بی‌حس‌کننده موضعی به داخل و اطراف این مفاصل تزریق می‌شود. این اقدام در شرایط استریل، با مشاهده مفاصل فاست به کمک فلوروسکوپی C-arm یا سونوگرافی انجام می‌شود. در مواردی که پزشکتان لازم بداند، می‌تواند همراه با تزریق استروئید اپیدورال انجام شود. تزریق استروئید اپیدورال؛ یک روش درمان مداخله‌ای غیرجراحی درد است که برای رفع دردهایی که در نواحی گردن، بازو، کمر و پا در اثر فشردن و تحریک اعصاب ایجاد می‌شوند به کار می‌رود. در وضعیت‌هایی مانند فتق‌های دیسک (فتق کمر-گردن)، لغزش دیسک و تنگی کانال نخاعی، برای کنترل درد استفاده می‌شود. با تزریق اپیدورال، از راه فضای اپیدورال، در اطراف عصب نخاعی آسیب‌دیده، مخلوط دارویی حاوی یک استروئید دپو با اثر طولانی و — برای فراهم کردن تسکین زودهنگام و جلوگیری از فعالیت رفلکسی پس از آن — یک بی‌حس‌کننده موضعی تزریق می‌شود. اثر تزریق استروئید اپیدورال از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است، اما هدف تزریق این است که با کاهش یا رفع درد، بازگشت بیمار به زندگی عادی و در صورت نیاز، شرکت راحت او در برنامه فیزیوتراپی و ورزش فراهم شود. تزریق استروئید اپیدورال چیست؟ تزریق، حاوی یک استروئید دپو با اثر طولانی و یک داروی بی‌حس‌کننده موضعی است. دارو از راه فضای اپیدورال به عصب نخاعی فشرده یا درگیر می‌رسد و با کاهش التهاب و ادم آن ناحیه، فشار و تأثیر بر عصب را از میان برمی‌دارد و از این راه درد را برطرف می‌کند. این مداخله در شرایط استریل و با بی‌حسی موضعی انجام می‌شود.

تکنیک‌های اجرا: (1) تکنیک اینترلامینار: با ورود از میانه ستون فقرات، دارو به فضای اپیدورال تزریق می‌شود؛ دارو آزادانه در اطراف اعصاب پخش می‌شود. (2) تکنیک ترانسفورامینال: دارو با وارد کردن یک سوزن از سوراخی (فورامن) که عصب نخاعی مشکل‌دار از آن از ستون فقرات خارج می‌شود، به اطراف عصب درگیر تزریق می‌شود؛ این یک مداخله هدفمند به سمت عصب مورد نظر برای درمان است و تحت تصویربرداری رادیولوژیک مداوم با کنترل فلوروسکوپی C-arm انجام می‌شود.

کارهایی که باید پیش از اقدام انجام شود: اگر آنفلوآنزا، سینوزیت یا عفونت مشابهی دارید که در روز اقدام یا پیش از آن آغاز شده است، یا اگر تب بالایی دارید هر چند علت آن مشخص نباشد، حتماً پیش از اقدام به پزشک خود اطلاع دهید. داروهای رقیق‌کننده خون مانند آسپرین، کوراسپین و داروهای حاوی جینکو بیلوبا باید 10 روز پیش‌تر قطع شوند. داروهای ضد انعقاد که در موارد خاص استفاده می‌شوند (کومادین، پلاویکس و غیره) نیز باید پس از مشورت با پزشکی که این داروها را برای شما تجویز کرده و گرفتن تأیید او، دست‌کم 1 هفته پیش‌تر قطع شوند. اگر داروی قلب، دیابت یا فشار خون دارید که باید به‌طور مداوم مصرف کنید، با پزشک خود مشورت کنید و بپرسید داروها را چگونه باید مصرف کنید. روز اقدام، جدیدترین بررسی‌های تصویربرداری موجود خود (MR – EMG – توموگرافی) را همراه بیاورید. حتماً با همراهی که بتواند شما را همراهی کند بیاورد و تنها نیاورد.

چه کسانی اقدام برایشان انجام نمی‌شود: برای بیمارانی که در دوره اقدام عفونت فعال دارند؛ باردار هستند یا احتمال بارداری دارند؛ اختلال خون‌ریزی-انعقاد دارند؛ در ناحیه اقدام عفونت دارند؛ و انجام اقدام را نمی‌پذیرند، اقدام انجام نمی‌شود.

3. جایگزین‌های احتمالی عمل جراحی

به‌عنوان جایگزین عمل جراحی، گزینه‌های زیر را بررسی کردم: • انجام‌دادن درمان و تزریق پیشنهادشده با پذیرش هرگونه خطر. • تلاش برای رفع درد یا اسپاسم عضلانی از راه دارودرمانی. • تلاش برای رفع شکایت‌ها با روش‌های فیزیوتراپی. • تلاش برای رفع شکایت‌ها با روش‌های درمانی آگلولوژی (طب درد). • سایر گزینه‌های درمانی احتمالی... سایر روش‌های درمانی را نیز که پزشکم برایم توضیح داد بررسی کردم. مزایا و معایب این روش‌های جایگزین نیز توسط پزشکم برایم توضیح داده شد.

4. فواید مورد انتظار از عمل جراحی

پس از اقدام، انتظار می‌رود دردهای بیمار کاهش یابد.

5. مدت تقریبی عمل جراحی

مدت اقدامی که انجام خواهد شد بسته به بیماری و وضعیت بیمار می‌تواند متفاوت باشد و به‌طور متوسط - ساعت است. همچنین اقداماتی که پیش و پس از عمل توسط پزشکان بیهوشی در رابطه با این اقدام انجام می‌شود، در این مدت گنجانده نشده است. اقدام، بسته به وضعیت مورد، می‌تواند بیش از مدت ذکرشده طول بکشد. پزشکتان در پایان اقدام، اطلاعات مفصل به شما خواهد داد.

6. خطرات و عوارض عمل جراحی

اقدام جراحی‌ای که انجام خواهد شد، در کنار فواید خود، خطرات احتمالی نیز دارد. در بیماران مبتلا به دیابت (بیماری قند)، ممکن است به مدت 1-2 هفته اختلال در تنظیم قند خون دیده شود؛ به‌ندرت ممکن است نیاز به داروی اضافی پیش آید.

در میان بیمارانی که تزریق استروئید اپیدورال دریافت می‌کنند، بر اساس منابع علمی، احتمال بروز عفونت با فراوانی یک مورد در هر 40-60 هزار بیمار وجود دارد؛ اما با انجام مداخله در اتاق عمل در شرایط کاملاً استریل و با تدابیر اضافی اتخاذشده، این احتمال به پایین‌ترین سطح رسانده می‌شود.

به‌طور بسیار نادر ممکن است سردرد گذرا رخ دهد. آسیب عصبی نیز وضعیتی است که بسیار نادر دیده می‌شود.

به دلیل استروئید استفاده‌شده، ممکن است احتباس مایعات در بدن رخ دهد. در هفته اول، تا حد امکان با رژیم غذایی بدون نمک می‌توان از این وضعیت پیشگیری کرد.

همه این‌ها اطلاعاتی است که در کتاب‌های پزشکی و منابع علمی آمده است؛ با این حال، همه تدابیر لازم برای ایمنی مداخله اتخاذ می‌شود و همه خطرات برشمرده به حداقل رسانده می‌شود. با وجود کمبود خطر و عوارض این مداخله، ممکن است عوارض خاص مربوط به جای‌گذاری سوزن و تزریق رخ دهد. همه خطرات نوشته‌شده در بالا را که می‌توانند در حین و پس از اقدام جراحی‌ای که برایم انجام خواهد شد رخ دهند، فهمیدم و می‌پذیرم.

7. پیامدهای انجام‌شدن عمل جراحی

شکایت‌ها و وضعیت بالینی فعلی بیمار ممکن است بهبود نیابد؛ سیر رو به وخامت نیز ممکن است رخ دهد.

8. ویژگی‌های مهم داروهایی که استفاده خواهند شد

در صورت داشتن آلرژی دارویی از پیش شناخته‌شده، حتماً باید پزشک و پرستار خود را در این باره آگاه کنید. درباره همه آلرژی‌های شناخته‌شده‌ام به پزشکم اطلاع دادم. همچنین پزشکم را درباره داروهای نسخه‌ای مصرفی‌ام، داروهای بدون نسخه، داروهای گیاهی، مکمل‌های غذایی، مواد مخدر غیرقانونی، الکل و مواد خواب‌آور/مخدر آگاه کردم. اثرات مصرف این مواد پیش و پس از اقدام توسط پزشکم برایم توضیح داده شد و توصیه‌های لازم انجام شد. در مدت حضورم در بیمارستان، درباره ویژگی‌های مهم داروهایی که برای تشخیص و درمان استفاده خواهند شد (برای چه استفاده می‌شوند، فواید، عوارض جانبی، نحوه مصرف) اطلاعات دریافت کردم.

9. توصیه‌های حیاتی سبک زندگی برای سلامت بیمار

دخانیات و فراورده‌های دخانی: به من توضیح داده شد که مصرف دخانیات و فراورده‌های دخانی (سیگار، قلیان، سیگار برگ، پیپ و غیره) پیش یا پس از عمل جراحی‌ام می‌تواند موجب طولانی‌شدن روند بهبودی‌ام شود. در بیماران سیگاری، خطرات بیهوشی بیشتر است و مرگ ناشی از بیهوشی شایع‌تر دیده می‌شود. اگر سیگار می‌کشید، باید بدانید که موفقیت درمان/عمل جراحی از میانگین موفقیت کلی پایین‌تر خواهد بود. به توصیه‌های پزشک خود (ورزش، برنامه تغذیه و غیره) عمل کنید و در صورت وجود، مراجعه کنترل درمانگاهی در تاریخ خواسته‌شده از شما را فراموش نکنید.

درباره کارهایی که پس از درمان/عمل جراحی‌ام باید برای سبک زندگی‌ام انجام دهم (رژیم غذایی، استحمام، مصرف دارو، وضعیت حرکت و/یا محدودیت‌ها) اطلاعات دریافت کردم.

10. بخش ویژه بیمار

موارد ویژه مربوط به بیمار در پایان فرم، زیر بخش 14 — امضاها ثبت می‌شود.

11. نحوه دسترسی به کمک پزشکی در همان زمینه در صورت نیاز

نپذیرفتن انجام درمان/عمل جراحی، تصمیمی است که با اراده آزاد خود می‌گیرید. در صورت تغییر نظر، می‌توانید شخصاً دوباره به بیمارستان ما / بیمارستان‌هایی که می‌توانند درمان/عمل موردنظر را انجام دهند مراجعه کنید.

درباره اینکه در صورت نیاز چگونه به کمک پزشکی در همان زمینه دسترسی پیدا کنم (به پزشک خودم، به پزشکی دیگر، به کلینیکی که در آن درمان شده‌ام و در موارد اورژانسی نیز به شماره 112) اطلاعات دریافت کردم.

12. مجوزها

سرپرست تیم جراحی، پزشک متخصص مسئول Dr. Özgür Akşan، و تیم ایشان را برای انجام عمل جراحی‌ام مجاز می‌کنم.

درک می‌کنم که این مداخله با هدف برطرف‌شدن شکایت‌هایم و با نیت حفظ یا بهبود عملکرد دستگاه عصبی انجام می‌شود. تأیید می‌کنم که پزشک همه اطلاعات بالا را توضیح داد، این اطلاعات را فهمیدم و به همه پرسش‌هایم درباره این مداخله پاسخ داده شد. به همین دلیل، برای درمان مداخله‌ای درد — تزریق فاست / ترانس‌فورامینال / اپیدورال به همه اقدامات جراحی و درمانی متفاوت یا اضافی که پزشک لازم بداند رضایت می‌دهم.

استفاده از بافت: هر بافتی که برای تشخیص پزشکی لازم نباشد، می‌تواند در چارچوب اصول اخلاقی برای پژوهش پزشکی استفاده شود. به استفاده از هر بافت، ابزار پزشکی یا اجزای بدن که ممکن است در حین اقدام جراحی خارج شده باشند، رضایت می‌دهم.

پژوهش پزشکی: به بازبینی اطلاعات بالینی از سوابق پزشکی‌ام برای مطالعه پزشکی، پژوهش پزشکی و پیشبرد آموزش پزشکان، به شرط پایبندی به اصول محرمانگی، رضایت می‌دهم.

عکس/ناظران: به عکس‌برداری یا ضبط ویدیویی عمل جراحی‌ای که انجام خواهد شد با اهداف علمی، پزشکی یا آموزشی، به شرط آنکه تصاویر هویت مرا آشکار نکنند، رضایت می‌دهم.

13. تأیید رضایت

روش‌های درمانی جایگزین و خطرات آن‌ها را می‌دانم.

خطرات و عوارض جانبی مداخله را می‌دانم.

احتمال موفقیت و شکست را می‌دانم.

می‌دانم در صورت درمان‌نشدن چه چیزی می‌تواند رخ دهد.

درک می‌کنم که اقدام انجام‌شده ممکن است تضمینی برای بهبودی نداشته باشد.

همه آنچه به من گفته شد را فهمیدم.

پزشک به همه پرسش‌هایم پاسخ داد.

پزشک مطالب نوشته‌شده در اینجا را یک‌به‌یک، به شکلی که برایم قابل فهم باشد، روشن، واضح و توضیح‌دهنده برایم شرح داد.

معنای فرم رضایت آگاهانه را می‌دانم.

درباره هزینه تقریبی درمان آگاه شدم.

با اراده آزاد خود تصمیم می‌گیرم.

پیش از مداخله، در مدتی معقول، زمان کافی برای گرفتن نظر دوم داشتم.

محتوای فرم رضایت آگاهانه را خواندم و فهمیدم.

همه جاهای خالی این فرم پیش از امضای من پر شد و یک نسخه از آن را دریافت کردم.

امضاها

الف) شرایط خاص بیمار

بیمار شرایط خاص خود (آلرژی، داروهای مصرفی، جراحی‌های قبلی و غیره) را با دستخط خود می‌نویسد. در صورت نبود، نوشتن «ندارد» کافی است.

ب) اقرار دست‌نویس

بیمار جمله زیر را با دستخط خود می‌نویسد:

«این فرم را با دقت خواندم، درباره درمان مداخله‌ای درد آگاه شدم، به پرسش‌هایم پاسخ داده شد و با اراده آزاد خود به این اقدام رضایت می‌دهم.»

ج) امضاها

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
بیمار		
نماینده قانونی / بستگان بیمار (نسبت:		
سرپرست تیم جراحی، پزشک متخصص مسئول	Dr. Özgür Akşan	