

تزریق عضلانی

سند رضایت آگاهانه

شماره بازبینی / تاریخ: 2026 v09 / 10.07.2026

شماره فرم: EOF-001

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

1. اقدامی که انجام خواهد شد

پزشکم برای من توضیح داد که دارو از طریق سوزن به داخل عضله (باسن یا گروه عضلانی دیگر) تزریق خواهد شد. داروی تجویز شده: (مسکن / داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی (NSAID) / آنتی بیوتیک / ویتامین B / شل کننده عضلانی / کورتیزون و غیره).

این اقدام در محیط کلینیک، در شرایط استریل و توسط کادر درمانی مجرب انجام می شود.

2. مواردی که درباره آنها آگاه شدم

نام دارو، دوز و هدف از تجویز آن
عوارض جانبی احتمالی و خطر آلرژی
درباره آلرژی های دارویی قبلی / بیماری های مزمن خود به پزشکم اطلاع دادم
اینکه حق انصراف از این تزریق را دارم

3. خطرات و عوارض احتمالی

بسیار شایع (کم اهمیت): درد خفیف در محل تزریق، قرمزی، سفتی، تورم گذرا
نادر: خونریزی موضعی / کبودی، تحریک گذرای عصب/عروق، سرگیجه، تغییر گذرای فشار خون
بسیار نادر: واکنش آلرژیک (بثورات پوستی، تنگی نفس، آنافیلاکسی)، آبسه / عفونت در محل تزریق، آسیب عصبی
به شدت نادر: واکنش آلرژیک شدید (شوک آنافیلاکتیک)

احتمال بروز این خطرات بسیار پایین است؛ اما در صورت مشاهده، تمامی مداخلات پزشکی لازم در کلینیک انجام می شود و در صورت لزوم به مرکز پیشرفته تر ارجاع داده می شوم.

4. وضعیت خاص بیمار

بیمار با دست خط خود آلرژی، داروهای مصرفی، بیماری مزمن و مانند آن را می نویسد. در صورت نبود چنین مواردی، نوشتن «ندارم» کافی است.

امضاها

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
بیمار		
نماینده قانونی / بستگان بیمار (نسبت:		

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
Dr. Özgür Akşan		
پزشک مسئول		