

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON

Aydınlatılmış Onam Belgesi

Form No: EOF-001

Rev. No / Tarih: 2026 v09 / 10.07.2026

HASTA PROTOKOL NO		TARİH	
T.C. KİMLİK / PASAPORT NO		DOĞUM TARİHİ	
HASTANIN ADI – SOYADI		CİNSİYETİ	
TANI			

1. Yapılacak İşlem

Doktorum, kas içine (kalça veya başka bir kas grubu) iğne yoluyla ilaç enjekte edileceğini bana açıkladı. Verilecek ilaç: (ağrı kesici / NSAİİ / antibiyotik / B vitamini / kas gevşetici / kortizon vb.).

Bu işlem **klินิก ortamda**, steril şartlarda, deneyimli sağlık personeli tarafından yapılır.

2. Bilgilendirildiğim Konular

İlacın adı, dozu ve uygulama amacı

Olası yan etkiler ve alerji riski

Daha önce yaşadığım ilaç alerjileri / kronik hastalıklarım hakkında doktoruma bilgi verdim

Bu enjeksiyondan vazgeçme hakkımın olduğu

3. Olası Riskler ve Komplikasyonlar

Çok sık (önemsiz): İğne yerinde hafif ağrı, kızarıklık, sertlik, geçici şişlik

Nadir: Lokal kanama / morluk, sinir/damar geçici uyarılması, baş dönmesi, geçici tansiyon değişikliği

Çok nadir: Alerjik reaksiyon (döküntü, soluk darlığı, anafilaksi), enjeksiyon yerinde apse / enfeksiyon, sinir yaralanması

Aşırı nadir: Ciddi alerjik reaksiyon (anafilaktik şok)

Risklerin ortaya çıkma ihtimali çok düşüktür ancak görüldüğü takdirde gerekli tüm tıbbi müdahale klinikte yapılır; gerekirse ileri merkeze yönlendirilirim.

4. Hastaya Özel Durum

Hasta kendi el yazısı ile alerji, kullandığı ilaç, kronik hastalık vb. durumunu yazar. **Yoksa "YOK" yazması yeterlidir.**

İmzalar

	Adı – Soyadı	İmza	Tarih / Saat
Hasta			
Hastanın Yasal Temsilcisi / Yakını (Yakınlık derecesi:)			
Sorumlu Hekim	Dr. Özgür Akşan		