

KAS İÇİ TEDAVİ ENJEKSİYONLARI

Aydınlatılmış Onam Belgesi

Form No: EOF-002

Rev. No / Tarih: 2026 v09 / 10.07.2026

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

Tetik nokta · Nöral terapi · İntraartiküler kortizon · Botulinum toksin · Prolotherapy

1. Sayın Hastamız,

Kaslar, eklemler, sinirler ve çevresindeki yumuşak dokulardan kaynaklanan ağrı, spazm, hareket kısıtlılığı gibi şikâyetlerinizin tanı ve tedavisi için size **enjeksiyon tedavisi** önerilmiştir. Bu form, yapılacak işlemin neyi kapsadığını, beklenen yararları ve olası riskleri özetler. Lütfen tamamen ve dikkatle okuyunuz; tereddüt ettiğiniz noktalarda hekiminize sorunuz.

2. Yöntem ve Uygulama Alanı

Sistemik romatizmal hastalıklar, lokal/genel travmalar, metabolik hastalıklar, sinir-omurilik yaralanmaları, iltihabi hastalıklar gibi durumlarda ortaya çıkan ağrı, uyuşma, his/hareket kaybı, eklem-kaslarda şişme, sıvı toplanması, kas spazmları gibi şikâyetlerin tanı ve tedavisinde **enjeksiyon tedavisi (iğne yapma)** sık başvurulan etkili bir yöntemdir.

İşlem; kas, eklem içi/çevresi ile diğer yumuşak dokulara (**tendon, tetik nokta, ganglion kisti, nöroma, bursa, fasiya, cilt altı vb.**) bir enjektör ve iğne aracılığıyla aşağıdaki maddelerden bir veya birkaçının enjekte edilmesidir:

Lokal anestezi (lidokain, prilokain, prokain — nöral terapi)

Kortizon / steroid (depo formları — intraartiküler / kas içi)

Botulinum toksin tip A (kas spazm tedavisi)

Dekstroz / serum fizyolojik (prolotherapy)

Fenol / alkol (özel sinir blokları için, çok seçilmiş vakalarda)

Gerektiğinde **ultrason, elektrik stimülatörü, floroskopi (skopi)** gibi görüntüleme yardımcı tekniklerden faydalanılır.

3. Beklenen Yararlar

Hem **tanı** hem de **tedaviye** yardımcı olması

Eklem içi iltihabi süreci durdurması

Ağrı ve hareket kısıtlılığı şikâyetlerini hafifletmesi veya tamamen gidermesi

Gereksiz sistemik (hap/şurup) ilaç kullanımından kaçınılmasını sağlaması

Diğer tedavi yöntemlerine ihtiyacın azalması veya ortadan kalkması

Aynı seansta gerekirse analiz için sıvı örneği alınabilmesi

Ameliyathane gibi özel bir ortam gerektirmemesi — klinik şartlarında uygulanır

4. Alternatifler

Bu durumun tedavisi için aşağıdaki alternatif yöntemler de değerlendirilebilir:

İlaç tedavisi (ağız yoluyla / kas içi ağrı kesici, NSAİİ, kas gevşetici)

Fizik tedavi ve egzersiz programları

Algolojik tedavi yöntemleri (ileri ağrı tedavisi)

Bazı durumlarda cerrahi yaklaşım

Doktorum tarafından alternatifler ve bunların avantaj/dezavantajları detaylı olarak anlatıldı.

5. Olası Riskler ve Komplikasyonlar

Sık görülen (genelde geçici, önemsiz)

Enjeksiyon yerinde **ağrıda artış**, yanma, sızlama

Ciltte **kızarıklık**, **hafif şişlik**, geçici morluk

Nadir görülen

Mide bulantısı, baş dönmesi, geçici tansiyon değişikliği, çarpıntı

Kan şekerinde geçici artış (kortizon enjeksiyonlarında özellikle diyabetik hastalarda)

Çok nadir görülen önemli riskler

Kalp ritim bozukluğu, çarpıntı, bayılma

Sinir / kas / tendon yaralanması veya kopması, geçici veya kalıcı kuvvet kaybı, his bozukluğu

Kanama (özellikle kan sulandırıcı kullananlarda)

Alerjik reaksiyon — döküntü, soluk darlığı, çok nadiren **anafilaktik şok**

Enfeksiyon — enjeksiyon yerinde apse, çok nadiren bölgesel iltihap

Riskler **uygun teknik, steril malzeme ve deneyimli hekim varlığında** çok nadir görülür. Bir komplikasyon halinde tıbbi müdahale klinikte yapılır; gerekirse hastane / acil servise yönlendirme uygulanır.

6. Önemli Hatırlatmalar

Bilinen ilaç alerjilerinizi, kronik hastalıklarınızı, düzenli kullandığınız ilaçları (özellikle **kan sulandırıcı**, kortizon, immünsupresan) doktora bildirmeniz şarttır

Hamilelik / emzirme döneminde olduğunuzu bildirmelisiniz (bazı maddeler kontrendike)

Aktif enfeksiyonu olan bölgeye enjeksiyon yapılmaz

Kortizon enjeksiyonları tekrar uygulamada yıllık doz sınırına dikkat edilir (eklem hasarını önlemek için)

7. Hastaya Özel Durum

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

İmzalar

	Adı – Soyadı	İmza	Tarih / Saat
Hasta			

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