

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD

“LIDOCAINE” İLAÇ UYGULAMASI (GON BLOK)

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:

Protokol No:

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası olumsuzlukları öğrendikten sonra yapılacak işleme olur vermek ya da vermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınıza ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. İsterseniz sağlığınıza ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi istemeyebilirsiniz. Lidokain enjeksiyonu uygulaması servikojenik baş ağrısı, trigeminal nevralji ve migren hastalarında kullanılmaktadır. Migren hastalığı üzerine olumlu etkisi son yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Diğer tedavileri uyum sağlayamayan, ya da atakların kontrol altına alınamadığı hastalarda alternatif bir tedavi seçeneği olabilir.

Uygulama şekli: Ensede büyük oksipital sinir çevresine “lidokain + serum fizyolojik” karışımının enjekte edilmesi şeklindedir.

Yan etkileri: Enjeksiyona bağlı ağrı, senkop, kafa derisinin hissetmemesi

Migren hastalığı konusunda bana (veya hastama) önerilen tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak rutin tetkikler, tedavi süresince uyacağım tıbbi kurallar, yan etkiler, riskler, yan etki ve risklerin azaltılmasına yönelik yapılacak işlemler vb) okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen hür irademe dayanarak aldım. İstedğim takdirde yapılacak tedaviyi durdurma ve reddetme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir.

İmzalı bilgilendirilmiş onay formunun bir kopyası tarafıma verilecektir.

Migren hastalığı için önerilen “Lidokain+Serum fizyolojik” tedavisini kabul ediyorum ()

Migren hastalığı için önerilen “Lidokain+Serum fizyolojik” tedavisini kabul etmiyorum ()

Hasta veya Vekili:

Adres:

Tel No:

Tarih :

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Hekim:

Adres:

Tel No:

Tarih :

İmza:

Görüşme tanığı:

Adres:

Tel No

Tarih :

İmza: