	EEG ve EMG HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	

Döküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.85	01.08.2011	01	Kasım-2020	1/1

HASTA ADI,SOYADI: **CİNSİYET:**
DOĞUM TARİHİ: **YATIŞ TARİHİ:**
TANI: **PROTOKOL NO:**

☐ EMG ONAM FORMU

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi
Hekiminiz tarafından istenen elektromiyografi (EMG) tetkiki sinir ve kas incelemesini içeren, dolayısıyla kas ve sinir sistemi hastalıklarının tanısında kullanılan bir tetkiktir.
Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir)
Bu incelemede sinir ileti çalışması sırasında hafif bir elektrik akımı verilmekte olup, bu yöntemle sinirler incelenmektedir. Gerek görüldüğünde, kas incelemesinde kaslara steril bir iğne batırılıp o kasa ait hareket yaptırılmaktadır. Böylece kas incelemesi gerçekleştirilmektedir . Tüm bu işlemler sırasında hasta yatar durumdadır. Yapılan bu işlem sırasında ciddi hiçbir yan etki görülmez.

EEG ONAM FORMU

EEG, saçlı deriye yerleştirilen elektrotlarla, beynin elektriksel aktivitesini gösteren bir tetkiktir.
Beyinden köken alan hastalıkların tanı ve takiplerinde kullanılır. Çekim sırası ve sonrasında hiçbir risk yoktur. Hastaya herhangi bir elektrik benzeri akım verilmez.
Çekime gelmeden; karnın tok, saçların temiz olması gerekiyor.(saçlarda sprey ve jöle olmaması gerekir.)
Hastanın girişiminin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği, girişim sonrası ile ilgili soruları**:**
……
Doktorum tarafından bana anlatılan ve yukarıda da yazılı olan bütün riskleri ve yan etkileri OKUDUM, anlamadıklarımı SORDUM ANLADIM, hastalığıma tanı konulması için gerekli olan bu tetkikin yapılmasına ONAY VERİYORUM.

İşlemin Tahmini Süresi:……
Lütfen kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum" yazınız.
……...

HASTANIN ADI-SOYADI: **ÇEVİRMENİN ADI-SOYADI:**
TARİH/Saat: **TARİH/Saat:**
İMZA: **İMZA:**

VASİ/YAKINI ADI-SOYADI: **TANIK ADI-SOYADI:**
TARİH/Saat: **TARİH/Saat:**
İMZA: **İMZA:**

Ben "Rıza Belgesi" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

HEKİMİN ADI-SOYADI:
TARİH/Saat:
İMZA:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	YÜRÜRLÜK ONAYI

KONTROLLÜ KOPYA