

COVID-19 (SARS-CoV-2) AŞI ONAM FORMU

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

GİRİŞİMİN TANIMI

Kolunuzun omuz bölgesi civarında bulunan kaslarınızın içine iğne ile aşı içeriğinin enjekte edilmesi işlemidir.

GİRİŞİMİN AMACI

SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu (COVID-19) hastalıklara karşı bağışıklık kazanılıp daha sonraki dönemde bu virüsle karşılaşıldığında vücudun bu virüsü tanıyıp hastalık oluşturmasını engellemesidir

OLASI YAN ETKİLER

- 1- Enjeksiyon bölgesinde bölgesel lenf bezlerinde büyüme ve enfeksiyon
- 2- Aşının herhangi bir bileşeninin neden olduğu alerjik reaksiyonlar: kurdeşen, alerjik cilt döküntüleri ve anafilaktik şok (aşırı alerjik reaksiyon sonucu boyun bölgesindeki dokulardaki ödem nedeniyle nefes yolunuzda kapanma dahil olmak üzere ölümcül bir alerjik reaksiyondur)
- 3- Nöbet geçirme (ateşli veya ateşsiz) görülebilir.
- 4- Aşı yapılan bölgede şişlik kızarıklık ağrı olabilir.
- 5- Ateş, titreme, yorgunluk, baş ağrısı, kas/eklem ağrısı , kusma , ishal görülebilir.
- 6- Tat kaybı, koku kaybı, nöropati, yüz felci görülebilir.

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİMİNİZE AÇIKLAMANIZ GEREKEN DURUMLAR

- 1- COVID-19 hastalığını geçirip geçirmediğiniz konusunda bilgi vermelisiniz.
- 2- Herhangi bir kronik hastalığınız varsa bu konuda bilgi vermelisiniz.
- 3- Herhangi bir maddeye, gıdaya veya ilaca karşı allerjiniz varsa bunu belirtmelisiniz.

EK BİLGİLENDİRME

Mevcutta size uygulanan aşının faz 3 çalışmaları tamamlanmamıştır. Pandemi nedeniyle faz 3 çalışması tamamlanmadan Sağlık Bakanlığı tarafından " acil kullanım onayı " verilmiştir. Bu nedenle aşı ile ilgili bilimsel veriler yetersizdir. ilk evre - ileri evre yan etkilerinde değişiklik olabilir.

- Aşı uygulandıktan sonra ; Allerji öyküsü olan hastalarımız 30 dakika , Alerji öyküsü olmayan hastalarımız 15 dakika sağlık tesisinden ayrılmamalıdır.

Not: Lütfen el yazınızla " bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

.....

HASTA/VASİ	BİLGİLENDİRME YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANI
Hastanın Hasta Adı Soyadı:.....	Adı Soyadı:.....
Adresi	İmza:
Tel.No:.....	
İmza:	

