

COVID-19 (Pfizer-BioNTech mRNA) AŞISI AYDINLATILMIŞ ONAM/RIZA 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- Baş ağrısı, artralji, miyalji, enjeksiyon bölgesinde ağrı, yorgunluk, titreme, ateş (yüksek 2. dozdan sonra sık), enjeksiyon bölgesinde şişme: **Çok yaygın (≥1/10)**

2- Mide bulantısı, enjeksiyon bölgesinde kızarıklık: **Yaygın (≥1/100 ila <1/10)**

3- Lenfadenopati, uykusuzluk, ekstremitelerde ağrı, halsizlik, enjeksiyon yerinde kaşıntı: **Yaygın olmayan (≥1/1000 ila <1/100)**

4- Bell paralizisi (akut periferik yüz felci): **Seyrek (≥1/10 000 ila < 1/1000)**

5- 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.): **Bilinmiyor. (Mevcut verilerle tahmin edilemiyor.)**

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİMİNİZE AÇIKLAMANIZ GEREKEN DURUMLAR

1- COVID-19 hastalığınızı geçirip geçirmediğiniz konusunda bilgi vermelisiniz.

2- Herhangi bir kronik hastalığınız varsa bu konuda bilgi vermelisiniz.

3- Halihazırda kullandığınız ilaçlar hakkında bilgi vermelisiniz.

4- Herhangi bir maddeye, gıdaya veya ilaca karşı allerjiniz varsa bunu belirtmelisiniz. (Allerjisi olan hastalarımız hastane koşullarında aşı olmalıdır.)

5- Gebe iseniz veya gebelik şüpheniz varsa belirtmelisiniz.

EK BİLGİLENDİRME

Mevcut aşuya (Phizer-Biontech SARS CoV-2 aşısı) T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "acil kullanım onayı" verilmiştir. Aşı ile ilgili yapılan çalışmalar devam etmekte olup 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**

T.C. Kimlik No:

Adı Soyadı :

Telefon numarası :

İmza:

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza :

COVID-19 (Pfizer-BioNTech mRNA) AŞISI AYDINLATILMIŞ ONAM/RIZA 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- Baş ağrısı, artralji, miyalji, enjeksiyon bölgesinde ağrı, yorgunluk, titreme, ateş (yüksek 2. dozdan sonra sık), enjeksiyon bölgesinde şişme: **Çok yaygın (≥1/10)**

2- Mide bulantısı, enjeksiyon bölgesinde kızarıklık: **Yaygın (≥1/100 ila <1/10)**

3- Lenfadenopati, uykusuzluk, ekstremitelerde ağrı, halsizlik, enjeksiyon yerinde kaşıntı: **Yaygın olmayan (≥1/1000 ila <1/100)**

4- Bell paralizisi (akut periferik yüz felci): **Seyrek (≥1/10 000 ila < 1/1000)**

5- 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.): **Bilinmiyor. (Mevcut verilerle tahmin edilemiyor.)**

GİRİŞİMDEN ÖNCE HEKİMİNİZE AÇIKLAMANIZ GEREKEN DURUMLAR

1- COVID-19 hastalığınızı geçirip geçirmediğiniz konusunda bilgi vermelisiniz.

2- Herhangi bir kronik hastalığınız varsa bu konuda bilgi vermelisiniz.

3- Halihazırda kullandığınız ilaçlar hakkında bilgi vermelisiniz.

4- Herhangi bir maddeye, gıdaya veya ilaca karşı allerjiniz varsa bunu belirtmelisiniz. (Allerjisi olan hastalarımız hastane koşullarında aşı olmalıdır.)

5- Gebe iseniz veya gebelik şüpheniz varsa belirtmelisiniz.

EK BİLGİLENDİRME

Mevcut aşuya (Phizer-Biontech SARS CoV-2 aşısı) T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "acil kullanım onayı" verilmiştir. Aşı ile ilgili yapılan çalışmalar devam etmekte olup 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**

T.C. Kimlik No:

Adı Soyadı :

Telefon numarası :

İmza:

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza :