

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2058
		YAYIN TARİHİ	22.04.2014
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/1

EFALİZUMAB TEDAVİSİ ONAM FORMU

.....hastalığınızdan ötürü size EFALİZUMAB tedavisi başlanmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilенmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz, size doktorunuz. tarafından efalizumab tedavisi başlanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Bu ilaç; aktif enfeksiyonu olan veya tekrarlayan enfeksiyon öyküsü olan hastalarda kullanılmaz. İlaç kullanırken ortaya çıkabilecek en sık yan etki; ateş.üşüme-titreme, halsizlik, baş ağrısı gibi grip benzeri belirtilerdir. Bulantı, iştahsızlık, sırt ağrısı, ishal, kas ağrıları, öksürük, sinüzit, rinit, kaşıntı veya kızarıklıklar ortaya çıkabilir. Spesifik olmayan enfeksiyon durumları gözlenebilir.Trombositopeni (kan pulcuklarının sayıca azalması) görülebilir.

Hamilelik döneminde kullanılması uygun değildir.

Oluşabilecek bir diğer yan etki; rebound (hastalık şikayetlerinde artma, tedavinin yarar sağlamaması durumunda, hastalığın form değiştirerek daha yaygın hale gelmesi) durumudur.

Başka ilaçlar kullanıyorsanız bunları mutlaka doktorunuza bildirmelisiniz; çünkü kullandığınız ilaçlarla etkileşime girebilir.

Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi yaptırmalısınız.

Tedaviden en fazla oranda yarar, en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

Hastanın beyanı:

Doktorum tarafından Meram Tıp Fakültesi Dermatoloji AD'nda efalizumab tedavisi alabileceğim belirtilerek bu tedavi ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tedaviyi kabul ediyorum.

Bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Hekim:

Adı,Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı,Soyadı:

Adres:

İmza: