

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.760
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/2

AZOTHİOPÜRİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Yöntem:

Azotiopurin organ nakli ve romotoid artrit hastalıklarında kullanımı onaylı olan bir ilaçtır. Ayrıca cildiyede bül oluşumu ile seyreden pemfigus,büllöz pemfigoid,müköz membran hastalığında, vaskülit,bağ doku hastalığı,polimorf ışık reaksiyonları,güneş hasarına bağlı hastalıklar,behçet hastalığı,sarkoidoz,eritema nodozum, liken planus,psöriazis gibi hastalıklarda da kullanılmaktadır.

Alternatifler:

Yukarıdaki hastalıklar için kullanılan farklı tedavi seçenekleri bulunmaktadır

İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir

Genel riskler ve komplikasyonlar

Tedaviye başlanmadan önce tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri yapılmaktadır.İlacın en belirgin yan etkisi kemik iliği baskılanmasıdır. Tiyopurin metil transferaz enzim aktivitesi populasyonun 90% fazla olduğundan ilacın bu tarz yan etkileri oldukça az görülmektedir.Bulantı ,kusma,ishal,toksik hepatit,pankreatit,alerjik reaksiyonlar,fırsatçı enfeksiyonlar,ihtimali kanserler karşılaşılan diğer nadir yan etkileridir.Gebelikte kullanılmamalıdır.Hastalarımız oluşabilecek yan etkiler açısından belli aralıklarla takip edilmektedir.

Tedavi Olmazsanız:

Yukarıdaki hastalıkların yol açabileceği risklerle karşılaşabilirsiniz

Özel Durumlar:

Gebelikte kullanılmamalıdır. Hastalarımız oluşabilecek yan etkiler açısından belli aralıklarla takip edilmektedir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.760
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/2

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DOKÜMAN KODU

GN.FR.760

YAYIN TARİHİ

10.05.2012

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

SAYFA NO

3/2