

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.763
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/3

İNTERFERON-ALFA TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size interferon-alfa/beta 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 bilgilenenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz size interferon tedavisi başlanacaktır. Bu tedavi, haftada 3 kez 3 MIU kas içi iğne enjeksiyonu şeklinde uygulanan bir tedavidir. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Doktorunuzun hastalığınız için uygun gördüğü bu ilaç, yarar-zarar oranı dikkate alınarak, dermatolojik ve diğer sistemik hastalıklarınız, kişisel ve sosyal nitelikleriniz, kullandığınız ilaçlar göz önünde bulundurularak size başlanacaktır.

İlaç kullanılmaya başlamadan önce gerekli tahlilleriniz yapılarak ilacın kullanımına uygun olup olmadığınız araştırılacaktır.

Alternatifler:

İlgili hastalık için kullanılan farklı tedavi seçenekleri mevcuttur

İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir

Genel riskler ve komplikasyonlar

Tüm tıbbi tedavilerde olduğu gibi, bu tedavinin de bazı potansiyel riskleri mevcuttur.

Hamilelik döneminde kullanılması uygun değildir.

Ağır böbrek, karaciğer yada kemik iliği yetmezliği, epilepsi ve/veya merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, ilerlemiş karaciğer hastalığı olan hastalar tedavi için uygun değildir.

Bu ilaç nöropsikiyatrik, otoimmün, iskemik ve enfeksiyöz hastalıkların gelişimini hızlandırabilir. Mevcut durum ve aile öykünüz konusunda lütfen doktorunuzu bilgilendiriniz.

İnferferon ile tedavi edilen hastalarda ender olarak kan şekeri yüksekliği gözlenmiştir. Diyabetli hastalar tedavileri açısından yakından izlenmelidir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.763
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	2/3

Tedavi süresince halsizlik, ateş, titreme, bulantı, iştahsızlık, kas ağrısı, baş ağrısı, eklem ağrıları ve terleme görülebilir. İlaç kemik iliğini baskılayarak anemi, lökopeni, trombositopeniye ve buna bağlı kanamalara yol açabilir. Tedavi süresince belli aralıklarla kan tetkikleri yapılacaktır. İlaç tüm kan hücrelerinde azalma yapabileceği için, daha önceden bu tür durumlarla karşılaştıysanız bunu doktorunuza bildiriniz.

Tüm bölgesel ve sistemik hastalıklarınızı doktorunuza bildiriniz.

Enjeksiyon bölgesinde allerjik reaksiyonlar (kızarıklık, kaşıntı, ağrı, şişlik) gelişebilir.

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

Tedavi Olmazsanız:

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.

Özel Durumlar:

Hamilelik döneminde kullanılması uygun değildir.

Ağır böbrek, karaciğer yada kemik iliği yetmezliği, epilepsi ve/veya merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, ilerlemiş karaciğer hastalığı olan hastalar tedavi için uygun değildir.

Bu ilaç nöropsikiyatrik, otoimmün, iskemik ve enfeksiyöz hastalıkların gelişimini hızlandırabilir. Mevcut durum ve aile öykünüz konusunda lütfen doktorunuzu bilgilendiriniz.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.763
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	3/3

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