

|                                                                                  |                                                                         |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | GN.FR.55   |
|                                                                                  |                                                                         | YAYIN TARİHİ    | 01.05.2006 |
|                                                                                  |                                                                         | REVİZYON NO     | 00         |
|                                                                                  | DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI                               | REVİZYON TARİHİ | --         |
|                                                                                  |                                                                         | SAYFA NO        | 1/3        |

## TNF-ALFA BLOKERİ TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı ..... Dosya No ..... Tarih / Saat .....

### Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size TNF-alfa blokeri 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 bilgilenmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz size TNF-alfa blokeri tedavisi başlanacaktır. Bu tedavi, haftada 2 kez koldan, deri altına 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:

Farklı tedavi seçenekleri mevcuttur.

### İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir.

|                                                                                  |                                                                         |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | GN.FR.55   |
|                                                                                  |                                                                         | YAYIN TARİHİ    | 01.05.2006 |
|                                                                                  |                                                                         | REVİZYON NO     | 00         |
|                                                                                  | DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI                               | REVİZYON TARİHİ | --         |
|                                                                                  |                                                                         | SAYFA NO        | 2/3        |

### İşlemin Riskleri:

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

Hamilelik döneminde kullanılması uygun değildir.

Aktif enfeksiyonu bulunan hastalarda bu tedavi kullanılmamalıdır. Aktif enfeksiyonunuz mevcut ise, bunu doktorunuza bildiriniz.

Bu ilaç Tüberküloz (Verem) gibi kronik enfeksiyonları alevlendirebildiği için, mevcut veya daha önceden geçirilmiş tüberkülozunuz varsa mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz.

İlaça bağlı allerjik reaksiyonlar ve bu allerjik reaksiyonların bazılarında ölüm vakaları bildirilmiştir. İlaç bağışıklık sistemini etkileyerek, enfeksiyonlara ve kanser gelişimine engel olan savunma sistemini etkileyebilir. İlaç nadiren tüm kan hücrelerinde azalma yapabileceği için, daha önceden bu tür durumlarla karşılaştıysanız bunu doktorunuza bildiriniz.

Tedavi süresince canlı aşı olunmamalıdır.

Kalp yetmezliğini kötüleştirebildiği için, 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.

|                                                                                  |                                                                         |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | GN.FR.55   |
|                                                                                  |                                                                         | YAYIN TARİHİ    | 01.05.2006 |
|                                                                                  |                                                                         | 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 : \_\_\_\_\_