

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2892
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI İNTRAVENÖZ İMMÜNGLOBULİN (İVİG) TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 5

DOSYA NO:

HASTANIN

Adı ve Soyadı :
Kayıt (protokol) numarası :
Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :
Adresi :
Telefon numarası :
Başvuru tarihi :
Hastalığın tanısı/ön tanısı :

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN
(Hastanın Velisi veya Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır).

Ad-Soyad ve Telefon Numaraları

1-

2-

SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı :
Uzmanlık alanı :

BU FORM SİZE NEDEN VERİLDİ?

BU FORMDA SUNULAN AÇIKLAMALARIN AMACI, SAĞLIĞINIZ İLE İLGİLİ KONULARDA ALINACAK KARARLARA SİZİ BİLİNÇLİ BİR BİÇİMDE ORTAK ETMEKTİR.

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve doktorunuz tarafından size “İntravenöz İmmünglobulin (IVIG) Tedavisi” uygulanması gerekli görülmüştür. Hastalığınızın tedavisi için size önerilen tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Yararlarını ve muhtemel risklerini öğrendikten sonra, önerilen tedaviye rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Formun 1. bölümündeki bilgilendirmeyi okuduktan ve varsa sorularınıza cevap aldıktan sonra; IVIG tedavisini kabul ediyorsanız, lütfen bu formun 2. bölümünü doldurunuz.

IVIG tedavisini kabul etmemeniz durumunda ise bu belgenin 3. bölümünü doldurmak zorundasınız.

Önerilen IVIG tedavisi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda bu belgenin 4. bölümünü doldurmak zorundasınız.

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2892
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI İNTRAVENÖZ İMMÜNGLOBULİN (İVİG) TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 2 / 5

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

BİRİNCİ BÖLÜM

BİLGİLENDİRME

İntravenöz İmmünglobulin (İVİG) tedavisi nedir ve hangi hastalara uygulanır?

Klinik immünoloji uzmanı hekimler tarafından karar verilen ve uygulanan tedavi yöntemlerinden birisidir. Antikor (bağışıklık maddesi) eksikliğinin görüldüğü birincil veya ikincil nedenlere bağlı bağışıklık yetmezliklerinde ve diğer bazı bağışıklık sistemi hastalıklarında uygulanır.

İVİG içinde ne vardır?

İVİG içinde, bağışıklık yetmezliği olan kişilerin vücudunda eksik olan ve antikor adı verilen bağışıklık maddeleri vardır. Bu maddeler 20.000’den fazla sağlıklı kan vericisinden elde edilir ve kan yolu ile bulaştığı bilinen tüm hastalıkların etkenleri açısından çok ayrıntılı işlemlerden geçirilir.

İVİG tedavisi nasıl uygulanır?

İVİG toplardamar içine serum şeklinde verilir. Uygulama süresi ortalama 3-4 saattir. Bu süre hastanın alacağı İVİG miktarına, klinik durumuna ve yaşına göre değişebilir.

İVİG tedavisinin süresi, sıklığı ve dozu nedir?

Bağışıklık yetmezliklerinin tedavisi ömür boyu sürer ve hastanın durumuna göre 3 ile 4 haftalık aralıklarla uygulanır. Dozlar hastanın tanısına, klinik durumuna ve yaşına göre uzman doktor tarafından belirlenir.

İVİG nasıl etki eder?

İVİG tedavisinin temel etkisi, vücutta eksik olan bağışıklık maddelerinin tamamlanmasıdır. Böylece bağışıklık sistemi güçlendirilerek, hastanın enfeksiyonlarla mücadelesi kolaylaştırılır. Bunun dışında İVİG tedavisinin bağışıklık sistemi üzerinde faydalı birçok etkisi daha vardır.

İVİG nasıl temin edilir?

İVİG immünoloji uzmanlarınca hazırlanan ilaç kullanım raporu ile, ve özel bir reçeteye (mor reçete) yazılarak temin edilir.

İVİG tedavisi alan hastaların sorumlulukları nelerdir?

Hastalar İVİG tedavisi için geldiğinde; bir önceki tedaviden sonra sorun olup olmadığını, halen herhangi bir şikayetleri olup olmadığını doktora ifade etmelidirler.

18 yaşından küçük hastalar tedaviye mutlaka veli/vasi gözetiminde gelmelidirler.

Başka bir hastalık nedeniyle başlanan ilaçlar doktora bildirilmelidir.

İVİG tedavi aralıkları kesinlikle aksatılmamalıdır.

İVİG tedavisi yerine uygulanabilen tedaviler var mıdır?

Ülkemizde halen mevcut olan tedaviler arasında etkinliği İVİG’den daha fazla, yan etkisi İVİG’den daha az bir tedavi yöntemi mevcut değildir.

İVİG tedavisinin istenmeyen etkileri var mıdır?

Tüm tedavilerde olduğu gibi İVİG tedavisinin de istenmeyen bazı yan etkileri vardır.

- En sık gözlenen; damardan uygulamanın hızlı olması neticesinde ortaya çıkabilen titreme, baş ağrısı, ateş, bulantı-kusma, allerjik reaksiyonlar, eklem ağrısı, kan basıncı değişiklikleri, bel ağrısı, göğüs ağrısı, kas ağrıları ve sıkıntı hissi gibi yan etkilerdir.

- Nadir ve çok nadir olarak gözlenen; böbrek yetersizliği, kan hücrelerinin bir kısmının parçalanması, beyin zarı iltihabı ve ağır allerjik şok gibi yan etkilerdir.

İVİG tedavisi esnasında yan etki gelişirse neler yapılır?

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2892
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI İNTRAVENÖZ İMMÜNGLOBULİN (İVİG) TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 3 / 5

Tedavi sırasında gelişebilecek reaksiyonlar kliniğimizde yakından takip edilmekte ve gerekli tedaviler yapılarak tedavinin sürdürülmesi sağlanmaktadır. Teorik olarak her zaman reaksiyon riski bulunduğundan, İVİG tedavilerinin bu konuda deneyimli sağlık kurumlarında yaptırılması tavsiye edilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

ONAM (RIZA GÖSTERME)

IVIG tedavisi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim cevaplar aldım. IVIG tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu tedavi yöntemini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, IVIG tedavisi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Tedavinin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş onam formunda” tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

IVIG TEDAVİSİNİ KABUL EDİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2892
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI İNTRAVENÖZ İMMÜNGLOBULİN (İVİG) TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 4 / 5

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**ÖNERİLEN TEDAVİ YÖNTEMİNİ REDDETME**

Sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkilerin ve risklerin farkında ve bilincinde olarak,

IVİG TEDAVİSİNİ KABUL ETMİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2892
		YAYIN TARİHİ	12.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ HASTALIKLARI BİLİM DALI İNTRAVENÖZ İMMÜNGLOBULİN (İVİG) TEDAVİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) BELGESİ	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	Sayfa 5 / 5

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

VERİLEN ONAMI GERİ ÇEKME

Sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkilerin ve risklerin farkında ve bilincinde olarak, İVİG tedavisi için tarihinde vermiş olduğum,

ONAMI GERİ ÇEKİYORUM.

(Lütfen bu cümleyi, ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız)

.....

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza :

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN:

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTANIN VELİSİ veya YASAL VASİSİ

(18 yaşından küçük hastalarda anne ve babası tarafından ayrı ayrı doldurulacaktır).

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

Yakınlık derecesi

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Adresi :

Telefon no :

Tarih : İmza:

SORUMLU HEKİM

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza:

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

Tarih : İmza: