

	T.C. NEC METTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2211
		YAYIN TARİHİ	20.05.2015
		REVİZYON NO	01
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI OSTEOROPOZ D VİTAMİNİ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	06.10.2015
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

Hastaya konulan tanı: Osteoporoz

Önerilen tedavi yöntemi: Vitamin D ve Kalsiyum preparatları

Önerilen tedavinin süresi: Kemik mineral yoğunluğunun (KMD) normal sınırlara (z skor > -2) ulaşması, kırık sıklığının azalması, hareket kabiliyetinde düzelme ve kemik yapım-yıkım belirteçlerinin düzelmesi ile tedavi süresi belirlenecektir.

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: Kalsiyum preparatları tablet, saşe ya da granül şeklinde ağız yolu ile verilir. Ağız yolu ile kullanılan kalsiyumun uzun süreli kullanım sırasında böbrek fonksiyonunun izlenmesi, aynı zamanda dijitalis glikozitleri ve tiyazid sınıfı diüretik de kullanan hastalarda özellikle önemlidir. Birlikte bifosfonatlar, sodyum florür veya tetrasiklin kullanılacaksa, özellikle dikkat gerekir. Kalsiyum ile D vitamini preparatları yaşa ve hastalığın şiddetine göre verilir. D vitamini tablet, granül, damla ve ampül şeklinde ağız yolu ya da kas içine verilir. Yan etkileri kabızlık, şişkinlik, bulantı, mide ağrısı, ishal, idrar ve kanda kalsiyum artışı ve buna bağlı böbrek taşları olabilir. İlaçların öngörülen yan etkileri dışında öngörülmeyen (önceden bilinmeyen-alışılmışın dışında kalan) etkisi olabilir. Tüm ilaçlar alerjiye neden olabilir ve ciddi alerjik reaksiyonlarda ölüm riski olabilir.

Alternatif tedavi yöntemleri, avantaj ve dezavantajları: Diğer multivitamin preparatları

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: Kırık riskinde artış, kemik ağrılarında artış ve hareket yeteneğinde azalma meydana gelebilir

Hasta sahibine tarafımdan ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Dr.....İmza:

Tarih:..... Saat:.....

Meram Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalında takip edilen hastama yapılacak tedavi konusunda doktor tarafından bana ayrıntılı bilgi verildi. Yukarıdaki belgeyi okudum ve anladım. Çocuğuma yapılacak tedaviyi, sağlığı açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Hastanın veli / vasi (si):

Adı Soyadı: İmza:

Adres:.....

Tarih:..... Saat:.....

Şahit: Hekim tarafından hasta sahibine ayrıntılı bilgi verildiğini onaylarım.

Adı Soyadı: İmza:

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

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR