

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2227
		YAYIN TARİHİ	21.05.2015
		REVİZYON NO	01
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI KALSİTONİN HASTA ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	06.10.2015
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

Hastaya konulan tanı: Osteogenezis imperfekta-Idyopatik Juvenil Osteoporoz-Sekonder Osteoporoz

Önerilen tedavi yöntemi: Kalsitonin nazal sprey kullanımı

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

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: Kalcitonin, intranazal (burun içine) olarak püskürtme yoluyla kullanılır. Günlük kullanım dozu doktor tarafından hastaya göre belirlenmektedir. Yan etki olarak burunda irritasyon, kanlı burun akıntısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı ve baş ağrısı görülür. İlacın 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: Osteoporozun tedavisinde D vitamini, bifosfanatlar gibi ilaçlar da kullanılabilir. Bu ilaçlar arasında hastalığın ağırlık derecesine seçim yapılır. İlaç etkinliğine kullanım kolaylığına göre seçim yapılmaktadır. Daha etkin olan bifosfanatların çocuklarda kullanılan tipi damar yolu ile verilmektedir. Bu ilaçtan yarar görülmediği durumlarda bifosfanatlara geçilebilir veya bu tedaviye eklenebilir.

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: Kırık sayısında gerileme olmaması veya kırık sayısında artış, kemik ağrılarında artış, hareket yeteneğinde azalma.

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