



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI
STANDART DOZ ACTH UYARI TESTİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GN. FR.2184
YAYIN TARİHİ	20.05.2015
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1 / 2

Çocuğunuza mevcut bulgularıyla daha ileri tetkik amaçlı **ACTH UYARI TESTİ** yapılması gerekmektedir. Test çocuğunuzun hastalığı hakkında daha kesin sonuçlara ulaşılmasını sağlayacak ve uygulanacak takip ve tedaviyi belirlemede yararlı olacaktır. Bu form ile testin yapılış amacı, olası yan etkileri ve uygulanış biçimi hakkında sizlerin bilgilendirilmeniz amaçlanmıştır.

ACTH UYARI TESTİ NEDİR? NE AMAÇLA YAPILIR?

ACTH normalde vücudumuzda üretilen ve böbrek üstü bezini uyaran bir hormondur. Bu test için kullanılan “Synachthen” ACTH içeren bir ilaçtır. Bu testin amacı, vücuda dışarıdan ACTH vermek yoluyla böbrek üstü bezlerini uyarak, bu bezlerin hormon üretebilme kapasitelerini değerlendirmektir. ACTH uyarı testi en sık böbrek üstü (adrenal) yetmezliği ve doğumsal adrenal hiperplazi tanılarına yönelik olarak yapılır. Testin yapılmaması yada geciktirilmesi durumlarında tanı kesinleştirilemeyeceği ve eksikliği gösterilmeye çalışılan kortizol hormonu başlanamayacağından hayatı tehdit eden sorunlarla karşılaşılabilir.

ACTH UYARI TESTİ YAPILMASININ SAKINCALARI / RİSKLERİ NELER OLABİLİR ?

İlacın kendisinden bağımsız, damar yolu girişimine bağlı gelişebilecek istenmeyen durumlar;

Damar yolu açılarak kan örneği alma ve ilaç uygulaması tıpta tanı için en sık kullanılan işlemler arasında yer alır.

Damar yolu açılması ve ilaç uygulaması sırasında nadir de olsa istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir.

Hastaya özgü (yaş, damar yapısı özellikleri vb.) veya kateterin damarda kalma süresi, kan alma sayısı, ilaç uygulanıyor ise ilaç miktarı, yoğunluğu gibi nedenler istenmeyen durumların görülme sıklığı ve şiddeti konusunda etkili olabilir.

Kanama: Damara giriş bölgesinde, kan örneği alımı veya ilaç uygulamasını takiben, sıklıkla kateter çekildikten sonra damar dışına kan sızmasıdır. Damara takılan iğne (intraket) çıkarıldıktan sonra bölgeye 2-3 dakika sıkıca tampon uygulanarak önlenabilir.

Hematom: Damara giriş bölgesinde deri altı dokulara kan sızmasıdır. Bölgede şişlik, morluk ve ağrı yakınmaları olur. Damara takılan iğne (intraket) çıkarıldıktan sonra bölgeye 2-3 dakika sıkıca tampon uygulanarak önlenabilir.

Ekstravazasyon: İlaç uygulama sırasında istemeden uygulanan ilacın damar dışı dokulara sızmasıdır. Ödem, yanma, yaygın sertlik, ağrı gibi belirtiler görülür.

Enflamasyon: Dokuların tahrişe, yaralanmaya veya enfeksiyona karşı verdiği yanıt enflamasyondur. Bu yanıt sonucu dokuda birtakım kimyasallar açığa çıkar ve şişlik, kaşıntı, ağrı, kızarıklık oluşur.

Tromboflebit: Toplar damar (ven) içerisinde pıhtı oluşmasına tromboflebit denir.

Enfeksiyon: Damara giriş bölgesine veya damar yolu açılması için kullanılan malzemelere enfeksiyon oluşturacak mikropların bulaşması sonucu gelişebilir. Uygulama bölgesinde kızarıklık, ısı artışı ve ağrı gibi belirtiler gösterir.

SYNACTHEN ilaç uygulamasına bağlı gelişebilecek istenmeyen durumlar ;

Allerjik reaksiyonlar: İlaç alerjisi, bağışıklık sisteminin ilaçlara karşı geliştirdiği aşırı duyarlılık tepkileridir. İlaç ilk kullanımda bağışıklık sistemi tarafından tanınır ve o ilaca karşı duyarlılık gelişir. Daha sonraki kullanımlarda ise allerji ortaya çıkar. Bu olay her birey için geçerli değildir. Aynı ilaç bir hastada allerjiye neden olurken, diğer hastada sorunsuz olarak kullanılabilir.. İlaç alerjisine bağlı en sık deri belirtileri gözlenir. Bunlar;

Ürtiker: Değişik büyüklüklerde kaşıntılı kabarıklıklardır.

Anjiödem: Derinin alt tabakalarında sıvı birikmesi yani ödem ile ortaya çıkan şişliklerdir. Genellikle yüz, göz kapakları, dudaklar ve genital bölgede oluşur.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI
STANDART DOZ ACTH UYARI TESTİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GN. FR.2184
YAYIN TARİHİ	20.05.2015
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2 / 2

Anaflaksi: İlaç alerjisine bağlı olarak nadir de olsa şok gelişebilir ve hayati tehlike oluşturabilir. Böyle bir durumda uzman ekibimiz tarafından müdahale edilecektir.

Ayrıca mide bulantısı, terleme, baş dönmesi, kaşıntı, enjeksiyon yerinde kızarıklık, şişlik çarpıntı, yüzde veya tüm vücut da kızarma ile daha nadir olarak karşılaşılan döküntü, bayılma, baş ağrısı, bulanık görme, baş dönmesi, solunum sorunları, düzensiz kalp atışlarında ilaca bağlı gelişebilecek yan etkiler arasındadır. Bütün bunların dışında ilacın öngörülen yan etkileri dışında öngörülmeyen (önceden bilinmeyen-alışılmışın dışında kalan) etkisi olabilir .

TEST İÇİN NASIL HAZIRLANMANIZ GEREKİYOR ?

- 1-Test açlık ve ya yatak istirahatı gerektirmez.
- 2- Hastanın düzenli kullandığı ilaçlar varsa bu ilaçların ismini doktora söyleyiniz. İlaç kullanılıyor ise, ilaç alma saatleri testin yapılacağı gün doktor ile planlanmalıdır. Bazı ilaçlar yapılacak testin sonuçlarını etkileyebilir.
- 3- Lütfen en geç saat 08⁰⁰ de test odasında olunuz

ACTH UYARI TESTİ NASIL YAPILIR ?

- 1-Randevu günü hasta, ilaç ve malzemeleri ile saat 08⁰⁰ de bölüm sekreterliğinde hazır olmalıdır.
- 2-Önce kayıt işlemleri yapılır.
- 3-Teste başlarken önce hastanın damarına küçük bir kanül (intraket) yerleştirilir kan örneği almak için kullanılır.
- 4-İlk kan örneği alındıktan sonra, ilaç (Synacthen 250mcg/1.73m²) yapılır. Bu süreyi takiben 0, 30, 60'ncı dakikalarda kan örneği alınarak laboratuvara gönderilir.
- 5-Test boyunca hasta bir şey yememeli ve içmemelidir.
- 6-Hasta test süresince test odasında istirahat ettirilir.
- 7-Test bitiminde hastanın damar yolunu açık tutmak için yerleştirilen kanül (intraket) çıkarılı Hasta sahibine tarafımdan ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Dr.....

İmza:

Meram Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalında takip edilen hastama yapılacak test konusunda doktor tarafından bana ayrıntılı bilgi verildi. Yukarıdaki belgeyi okudum ve anladım. Çocuğuma yapılacak testi, 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:.....

Şahit: Hekim tarafından hasta sahibine ayrıntılı bilgi verildiğini onaylarım.

Adı:-Soyadı:

İmza: