

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1599-3
		YAYIN TARİHİ	23.09.2013
		REVİZYON NO	01
	HEMATOLOJİ BİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	20.11.2015
		SAYFA NO	1/1

IVIG (İNTRAVENÖZ İMMUNGLOBULİN) DAMAR İÇİ İMMUNGLOBULİN UYGULAMASI

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Sayın Hastamız,

IVIG (İntravenöz İmmunglobulin) Damar İçi İmmunglobulin Uygulaması

İmmün trombositopeni ve İmmün yetmezliği olan hematolojik hastalarda kullanılmaktadır.

Yöntem

Uygulama şekli: 0.4gr/kg/gün -1 gr/kg/gün dozunda bir veya iki gün damar içi yavaş infüzyon ile verilir.

Gerekirse idame tedavisi şeklinde aylık verilebilir.

Yan etkileri

Damardan verilme sırasında alerjik reaksiyonlar (üşüme baş ağrısı, ateş, cilt reaksiyonları) olabilir. Temelde kalp ve böbrek yetmezliği olanlarda mevcut durumu kötüleştirebilir. Diğer yan etkiler yorgunluk, anafilaktik reaksiyon, çok nadir kan pıhtılaşmasına bağlı damar tıkanması pıhtı atması, akciğer ödemi, inme, böbrek doku erimesi (renal tübüler nekroz) IVİg konusunda bana (veya hastama) önerilen atak tedavisi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak rutin tetkikler, tedavi süresince uyacağım tıbbi kurallar, yan etkiler, riskler, yan etki ve risklerin azaltılmasına yönelik yapılacak işlemler vb) okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen hür irademe dayanarak aldım. İstedğim takdirde yapılacak tedaviyi durdurma ve reddetme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir.

.....hastalığı için önerilentedavisini kabul ediyorum.

.....hastalığı için önerilentedavisini kabul etmiyorum

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

Hasta veya hasta yakını:..... (isim, soyisim, tel, tarih, imza)

Doktor :.....(isim, soyisim, tel, tarih, imza)IVMP