

|                                                                                  |                                                                         |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | GN.FR.1603 |
|                                                                                  |                                                                         | YAYIN TARİHİ    | 23.09.2013 |
|                                                                                  |                                                                         | REVİZYON NO     | 00         |
|                                                                                  | NÖROLOJİ ANABİLİM DALI                                                  | REVİZYON TARİHİ | --         |
|                                                                                  |                                                                         | SAYFA NO        | 1/2        |

**PLAZMAFEREZ (PLAZMA DEĞİŞİM TEDAVİSİ) VE İMMUNABSORPSİYON YÖNTEMİ İLE TEDAVİ HASTA  
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Sayın Hastamız,

**Plazmaferез (Plazma Değişim Tedavisi) ve İmmunabsorpsiyon Yöntemi ile Tedavi:** Bağışıklık sistemi ile ilgili nörolojik hastalıklarda kullanılmaktadır. Hücresel bağışıklık sistemini de düzenleyici etkisi bulunmaktadır.

**Yöntem**

Plazma değişim tedavisi için genellikle kasık bölgesinde veya köprücük kemiği altındaki büyük toplar damara (ven) kateter yerleştirilmesi gerekmektedir. Tedavi gün aşırı 5-7 kez uygulanır. Her uygulamada hesaplanan plazma volümün 1-1,5 katı kadar plazma değiştirilir.

**Yan Etkiler**

Kateter uygulaması tromboz (damarın kan pıhtısı ile tıkanması), enfeksiyon, pnömotoraks (akciğer zarının yırtılarak hava girmesi) riski taşır. Tansiyon düşüklüğü, genel enfeksiyon, alerjik reaksiyon, ani akciğer ödemi, kansızlık, kalp krizi, kullanılan pıhtı önleyicilere bağlı kanama, sıvı dengesinin bozulması, serum kalsiyum düşüklüğü, ölüm gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir.

Plazmaferез 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. İmzalı bilgilendirilmiş onay formunun bir kopyası tarafıma verilecektir.



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

|                 |            |
|-----------------|------------|
| DOKÜMAN KODU    | GN.FR.1603 |
| YAYIN TARİHİ    | 23.09.2013 |
| REVİZYON NO     | 00         |
| REVİZYON TARİHİ | --         |
| SAYFA NO        | 2/2        |

.....hastalığı için önerilen ..... tedavisini kabul ediyorum.

.....hastalığı için önerilen ..... tedavisini kabul etmiyorum.

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

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

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