

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2201
		YAYIN TARİHİ	20.05.2015
		REVİZYON NO	01
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI ENÜREZİS DİURNA HASTA ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	06.10.2015
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

Hastaya konulan tanı: Enürezis diurna/ Enürezis nokturna

Beş yaşını doldurmuş çocuklarda geceleri istemsiz olarak idrar kaçırma yakınmasıyla tanımlanır. Hastaların %50'sinde aile öyküsü vardır. İki tipi bulunmaktadır. Primer enürezis geceleri idrar kontrolünün hiç kazanılmaması sekonder enürezis ise kazanılmış idrar kontrolünün kaybı olarak tanımlanmaktadır. Hastaların %75'i sadece geceleri idrar kaçırırken %25'i hem gündüz hem de gece idrar kaçırmaktadır. Her iki tipte de üriner sistem anomalileri sık görülmektedir.

Önerilen tedavi yöntemi: Desmopressin etken maddeli ilaç başlanacaktır.

Önerilen tedavinin süresi: Bu ilaç 3-6 ay süreyle kullanılacaktır.

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: İlaç sprey, tablet şeklinde uygulanacaktır. Sürekli kullanım için sprey şeklinde burundan uygulanması etkinlik ve uygulana kolaylığı açısından daha fazla tercih edilmektedir. İzlemede çocuğunuzun içtiği su miktarı, günlük idrar sayısı ve miktarı ve yapılacak olan kan ve idrar tetkikleriyle ilaç dozu ayarlanacaktır. Desmopressin bağlı yan etkiler olarak burunda irritasyon, baş ağrısı, bulantı, kusmaya neden olabilir. Dozun fazlalığı ve/veya aşırı sıvı alınması vucutta aşırı su tutulması ile karakterize havale geçirme ve komaya neden olabilen "su zehirlenmesi" tablosuna neden olabilir. İlacın öngörülen yan etkileri dışında öngörülmeyen (önceden bilinmeyen-alışılmışın dışında kalan) etkisi olabilir. Tüm ilaçlar allerjiye neden olabilir ve ciddi alerjik reaksiyonlarda ölüm riski olabilir.

Alternatif tedavi yöntemleri, avantaj ve dezavantajları: Davranış tedavisi.

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: Bu ilacın kullanılmaması halinde çocuğunuzun geceleri idrar kaçırma sorunu devam edecek, çocukta psikolojik ve sosyal sorunlar ortaya çıkabilecektir.

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: