

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2224
		YAYIN TARİHİ	21.05.2015
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI İYATROJENİK DİYABETDE İNSÜLİN HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	06.10.2015
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

Hastaya konulan tanı: İlaça bağlı diyabetes mellitus (İyatrojenik Diyabetes Mellitus)

Önerilen tedavi yöntemi: Günde ----- defa uzun etkili ve/veya ----- defa kısa etkili insülin enjeksiyonu yapılması, yaşına uygun beslenme programı ve egzersiz

Önerilen tedavinin süresi: Kan şekeri yüksekliği devam ettiği sürece

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: İnsülin deri altına insülin enjektörü veya insülin kalemi olarak adlandırılan araçlar ile, kola, bacağı ve karın bölgesine yapılır. Enjeksiyon yeri her defasında değiştirilmeli ve ovulmamalıdır. Bölgesel alerjik reaksiyonlar ve enflamasyon görülebilir. Eksik olan hormonun yerine konulması nedeni ile insülinin kişinin ihtiyacına göre yapıldığında yan etki yoktur. Ancak doz kişinin bireysel ihtiyacına göre ayarlanmadığında veya konunun uzmanı olan pediatrik endokrinolog ve diyabet hemşiresinden eğitim almadan uygulandığında hipoglisemi (kan şekeri düşüklüğü) veya hiperglisemi (kan şekeri yüksekliği) gelişebilir. 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: Yok

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: İnsülin kullanılmaması durumunda gelişen kan şekeri yüksekliği böbrek, göz, damar ve sinir sisteminin bozulmasına neden olacaktır ve tam insülin eksikliği geliştiği durumda koma gelişecektir.

Hasta sahibine tarafımdan ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Dr..... İmza:

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:.....

Şahit: Hekim tarafından hasta sahibine ayrıntılı bilgi verildiğini onaylarım.

Adı Soyadı: İmza:

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış kontrolsüz belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR