



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2211
	YAYIN TARİHİ	20.05.2015
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI OSTEOROPOZ D VİTAMİNİ HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

**Hastaya konulan tanı:** Osteoporoz

**Önerilen tedavi yöntemi:** Vitamin D ve Kalsiyum preparatları

**Önerilen tedavinin süresi:** Kemik mineral yoğunluğunun (KMD) normal sınırlara ( z skor > -2) ulaşması, kırık sıklığının azalması, hareket kabiliyetinde düzelme ve kemik yapım-yıkım belirteçlerinin düzelmesi ile tedavi süresi belirlenecektir.

**Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri:** Kalsiyum preparatları tablet, saşe ya da granül şeklinde ağız yolu ile verilir. Ağız yolu ile kullanılan kalsiyumun uzun süreli kullanım sırasında böbrek fonksiyonunun izlenmesi, aynı zamanda dijitalis glikozitleri ve tiyazid sınıfı diüretik de kullanan hastalarda özellikle önemlidir. Birlikte bifosfonatlar, sodyum florür veya tetrasiklin kullanılacaksa, özellikle dikkat gerekir. Kalsiyum ile D vitamini preparatları yaşa ve hastalığın şiddetine göre verilir. D vitamini tablet, granül, damla ve ampül şeklinde ağız yolu ya da kas içine verilir. Yan etkileri kabızlık, şişkinlik, bulantı, mide ağrısı, ishal, idrar ve kanda kalsiyum artışı ve buna bağlı böbrek taşları olabilir. İlaçların öngörülen yan etkileri dışında öngörülmeyen (önceden bilinmeyen-alışılmıştın dışında kalan) etkisi olabilir. Tüm ilaçlar alerjiye neden olabilir ve ciddi alerjik reaksiyonlarda ölüm riski olabilir.

**Alternatif tedavi yöntemleri, avantaj ve dezavantajları:** Diğer multivitamin preparatları

**Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar:** Kırık riskinde artış, kemik ağrılarında artış ve hareket yeteneğinde azalma meydana gelebilir

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:**

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim