



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2219
	YAYIN TARİHİ	20.05.2015
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI İLACA BAĞLI HİPERGLİSEMİ VE İNSÜLİNEMİ AVENDİA ROSİGLİT HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

**Hastaya konulan tanı:** Steroid ve/veya Takrolimus Kullanımına Bağlı Hiperглиsemi/Hiperinsulinemi

**Önerilen tedavi yöntemi:** Günde ----- defa Avandia 4 mg tablet.

**Önerilen tedavinin süresi:** -----

**Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri:** Günde bir kez ,ağızdan, yemekten önce veya yemekler ile birlikte kullanılmaktadır. Normal dozda iyi kontrol sağlanamayan hastalarda doz arttırılabilir. Kansızlık ve vücutta su toplanması gibi yan etkiler görülebilir. 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.

Karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanılmaz.

**Alternatif tedavi yöntemleri, avantaj ve dezavantajları:** Glucophage 850 mg tablet kullanılabilir. Yan etkileri Avandia 4 mg tablete göre daha fazladır. Ağızda metalik tad, karın ağrısı, bulantı, ishal, iştahsızlık ve laktik asidoz gelişebilir. Böbrek fonksiyon bozukluğu (kreatinin > 1,5 mg/dl) ve karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanılmaz.

**Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar:** Uzun süreli kan şekeri yüksekliği; göz, böbrek, damar ve sinir sistemi üzerine zarar verecek ve zaman içerisinde insülin eksikliği gelişebilecektir.

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