



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2221
	YAYIN TARİHİ	21.05.2015
ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI İNCRELEX LARON HASTA ONAM FORMU	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 1

**Hastaya Konulan Tanı:** Morbit Obezite (Vücut Kitle İndeksi 40 üzerine olmalı)

**Önerilen Tedavinin Süresi :** Kilo alımının kontrolüne bağlıdır.

**Etki Mekanizması:** Sindirim sisteminde yağların emilimini önler.Sindirim sisteminde yağların parçalanmasını sağlayan lipaz adlı enzimin çalışmasını engeller.Yediğimiz gıdalardaki büyük molekül yapısındaki yağlar (trigliserid) emilime uygun yağ asitlerine dönüşemez.Yağların atılımı yaklaşık %30 artar.

**Kullanım Şekli :**İlaç yağ içeren yemeklerle birlikte kapsül şeklinde alınmalı.Çok iyi diyet uygulanmalı , düşük kaloriyle beslenilmeli ve alınan gıdalar % 30 dan fazla yağ içermemelidir.

**Yan Etkileri:** Genellikle gastrointestinal sistem üzerindedir.% 15 -30 unda dışkıda yağlanma, acil dışkılama hissi gözlenmiştir.Dışkı ile birlikte yağda çözünen vitaminlerin kaybı olabilir.Orlistatla birlikte multivitamin kullanımı önerilmektedir.Orlistat az miktarda emilime uğradığı için sistemik yan etkileri minimaldir. 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.

**Önerilen tedaviyi kabul etmeme halinde:** Kan basıncında yükselme, insülin hormonuna direnç gelişimi,şeker hastalığı, kemik ve eklem bozuklukları,kalp ve damar hastalıkları,cilt problemleri,sık enfeksiyon geçirme görülebilir.

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