

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN. FR.2755
		YAYIN TARİHİ	21.06.2018
		REVİZYON NO	00
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI FAMILİYAL TESTOTOKSİKÖZİS BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1 / 1

Hastaya konulan tanı: Familial Testotoksikozis

Önerilen tedavi yöntemi: Bikalutamid, Anastrazol

Önerilen tedavinin süresi: En az 1 yıl tedavi süresi

Varsa işlemin alternatifleri: İşlemin alternatifi yoktur

İşlemin riskleri-komplikasyonları: Sıcak basması, pruritus, göğüslerde hassasiyet ve jinekomasti yapabilir. İshal, bulantı, kusma, deride kuruluk görülebilir. Karaciğer enzimlerini yükseltebilir ancak çoğunlukla bu etki geri dönüşümlüdür. vajinal kuruluk, saçların dökülmesi, anoreksi, bulantı, kusma, ishal, uyku hali, eklemlerde ağrı yapabilir. Total kolesterol düzeylerinde hafif bir artışa sebep olabilir. Çocuklarda emniyeti tam olarak bilinmezken, literatürde familial testotoksikozisli çocuklarda kullanılmış olup, yan etki bildirilmemiştir. Bu ilaçların öngörülen yan etkileri dışında öngörülmeyen (önceden bilinmeyen-alışılmışın dışında kalan) etkisi olabilir. Tüm ilaçlar allerjiye neden olabilir ve ciddi alerjik reaksiyonlarda ölüm riski olabilir.

Verilecek ilaçların kullanım şekli ve olası yan etkileri: Bikalutamid 50 mg dozunda ağızdan 1-2 dozda kullanılabilir. Yan etkiler nedeniyle nadir olarak ilacın kesilmesi dışında bikalutamid genellikle iyi tolere edilir. Anastrazol 1 mg dozunda ağızdan 1-2 dozda kullanılabilir. Anastrazol genellikle iyi tolere edilir.

Hasta sahibine ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığın yaratacağı sorunlar: Hasta tedaviyi reddetmesi durumunda kısa erişkin boy ve erken ergenlik sorunları ile karşılaşabilir.

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:

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

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR