



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.51
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1/2

ACİTRETİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat
.....

Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size ACİTRETİN tedavisi başlanmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilenenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından acitretin tedavisi başlanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Alternatifler:

Farklı tedavi seçenekleri mevcuttur.

İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir.

İşlemin Riskleri:

Bu ilaç; gebelikte, ağır karaciğer veya böbrek fonksiyon bozukluğu görülen hastalarda ve kronik, anormal derecede yüksek kan lipid (yağ) değerli hastalarda kullanılmamalıdır.

İlaç; teratojenik etkiye sahiptir, yani bayan hastalar tarafından hamilelik sırasında kullanıldıkları takdirde doğacak bebeğin olumsuz etkilenmesine ya da sakat doğmasına neden olabilir. Bu nedenle hamilelikte kullanılmamalıdır. İlacı kullanması gereken doğurganlık çağındaki bayan hastalar, tedaviye başlamadan önce gebelik testi yaptırarak hamile olmadıklarından emin olmalı ve etkili doğum kontrol yöntemleri ile tedaviden 1 ay önce başlayarak, tedavi süresi boyunca ve tedavinin bitimini izleyen 2 (iki) yıl boyunca hamilelikten korunmalıdır. İlacı kullanan bayan hastalar; tedavi sırasında ve tedaviden sonraki 1 (bir) yıl boyunca emzirmekten kaçınmalıdır. Kadın veya erkek, ilacı kullanan kişi, tedavi sırasında veya tedaviden sonraki 1 (bir) yıl boyunca kan bağışında bulunmamalıdır.İlaç kullanımı sırasında ve tedavinin sona ermesinden sonraki 2 (iki) ay boyunca alkol kullanılmamalıdır. Bu ilaçla birlikte, A vitamini ve diğer retinoidler, tetrasiklinler, metotreksat gibi ilaçlar kullanılmamalıdır.

Tedavi sırasında hastaların çoğunda yan etkiler görülmektedir. Bunlar doz azaltıldığında veya ilaç kesildiğinde genellikle kaybolmaktadır. En sık görülen yan etki cilt kuruluğudur. Ağız kenarında çatlaklar, ağız kuruluğu, susuzluk hissi olabilir. Tedavi başında hastalık semptomlarının kötüleşmesi görülebilir. Bütün vücutta cilt incebebilir ve pul pul dökülebilir. Bazen ağız içinde yaralar, dişeti iltihapları olabilir. Yapışkan deri, ekzema, kızarıklık, kaşıntı sık görülür. Saç dökülmesinde artış, tırnak bozuklukları ve paronişi (dolama) görülebilir. Ciddi başağrısı, bulantı, kusma ve görme bozukluğuyla seyreden kafa içi basınç artışı belirtileri (intrakranial hipertansiyon) nadir olmasına rağmen bildirilmiştir. Bu durumda tedavi hemen kesilerek, nörolojik değerlendirme ve bakıma alınmalıdır. Bulanık görme, gece yetersiz



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.51
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	SAYFA NO	2/2

görme, kas, eklem ve kemik ağrıları olabilir. Kontakt lens kullanımından kaçınılmalıdır. Sindirim sistemi rahatsızlıkları, sarılık (hepatit) nadiren gözlenmiştir. Karaciğer fonksiyon testlerinde (transaminazlar, ALP) geçici, genelde geri dönüşlü yükselme görülebilir. Özellikle yüksek risk hastalarında (lipid metabolizması bozukluğu, diabet (şeker hastalığı), obezite, alkolizm) serum kolesterol ve trigliserid değerlerinde geri dönüşlü bir yükselme olabilir. Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi ve kan tahlillerinizi yaptırmalısınız. Kan bağışında bulunmamalısınız.

Tedavi Olmazsanız:

Tedaviden en fazla oranda yarar, en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

Onam Doğrulama:

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____