



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.54
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1/2

METOTREKSAT AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size METOTREKSAT tedavisi başlanmasını uygun görüyoruz. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınızda 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 metotreksat 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; böbrek ve karaciğer fonksiyon bozuklukları, önceden bilinen kan hastalığı, aktif enfeksiyonu bulunan veya hamilelik sözkonusu olan kişilerde kullanılmaz. Tedavi öncesinde mide ve sindirim sistemi şikayetleri mevcut ise ilaç dikkatli kullanılmalıdır.

Genel olarak yan etki sıklığı ve şiddeti ilacın dozuna bağlıdır. En sık görülen yan etkiler; ağız içinde yaralar, bulantı, karın ağrısı, kan değerlerinde düşüklük, halsizlik, çabuk yorulma, ateş, ishaldir. İshal ve ağız içindeki yaralar sık toksik etkilerden olup tedaviye ara verilmesini gerektirebilir. Aksi halde hemorajik enterit (kanlı barsak iltihabı) veya barsak delinmesine bağlı ölümler görülebilir. Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ürtiker, ışığa duyarlılık, vücut kıllarının dökülmesi, ekimoz (morluk), sivilce, kıl kökü iltihapları görülebilir. Kanda; kemik iliği baskılanması, septisemi gelişebilir. Sindirim sisteminde ülserler ve kanama, karaciğer hasarlanması, böbrek yetmezliği, sistit, bayanlarda adet düzensizlikleri, düşük, erkekte geçici oligospermi (sperm sayısında azalma) rapor edilmiştir.

Sinir sisteminde; baş ağrısı, dalgınlık, bulanık görme, konvülsiyon (nöbet), duyu kaybı olabilir. Diğer komplikasyonlar arasında, akciğer iltihaplanması, metabolik değişiklikler, diyabetin (şeker hastalığının) ağırlaşması, kemiklerde osteoporotik değişiklikler ve hatta ani ölüm bulunmaktadır.

İlaç özellikle yüksek dozlarda veya uzun süreli kullanımda hepatotoksik (karaciğerde hasarlanma) olabilmektedir. Tedavi süresince alkol alımından kaçınılmalıdır. İlaç, fetal ölümlere ve/veya doğumsal anomalilere neden olabilir. İlaç kullanıldığı süre içerisinde, doğurgan çağıdaki bayan hastaların hamile kalmaması gerekmektedir, bu süre içerisinde ve bunu takip eden 6 ayda doğum kontrol yöntemleri



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU

GN.FR.54

YAYIN TARİHİ

01.05.2006

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

2/2

uygulanmalıdır. İlaç kullanımı esnasında enfeksiyonlara karşı direnç azalacağından tedavi süresince enfeksiyon riski olan ortamlardan kaçınılması gerekmektedir.

Başka ilaçlar kullanıyorsanız bunları mutlaka doktorunuza bildirmelisiniz; çünkü kullandığınız ilaçlarla etkileşime girebilir.

Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi yaptırmalısınız.

Tedaviden en fazla oranda yarar, en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Tedavi Olmazsanız:

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahiptir.

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 : _____

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	Kalite Direktörü	Başhekim