



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.57
	YAYIN TARİHİ	01.05.2006
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1/2

SİSTEMİK STEROİD TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem:

.....Hastalığınızdan ötürü size sistemik steroid 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 sistemik steroid tedavisi başlanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

Alternatifler:

Farklı tedavi seçenekleri mevcuttur.

İşlemin başarı oranı:

Hastaya göre değişebilmektedir.

İşlemin Riskleri:

İlaç mide barsak ülseri, kemik erimesi, psikiyatrik rahatsızlıkları, zona-suçiçeği hastalığı, amip-mantar enfeksiyonları, polimiyelit, glökom(göz tansiyonu) gibi rahatsızlıkları olan hastalara önerilmez.

Diyabet (şeker hastalığı), tüberküloz (verem) hastalığınız varsa zorunluluk olmadığı sürece kullanılmamalıdır.

Emziren bayanlar ve hamileliğin ilk 3 ayında olan bayanlar zorunluluk olmadığı sürece bu tedaviyi almamalıdır.

İlaç, deride incelleme, ince damarlarda belirginleşme, sivilce, yüz ve gövdede yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir.

Bağışıklık sistemi zayıf hastaların kullanması önerilmez. İlaç kullanmaya başlanacaksa sabah saatlerinde alınmalı ve kullanırken tuzsuz yemekler yenilmesine dikkat edilmelidir.

İlacı kullanırken tansiyon takibi yaptırmanız ve olası yüksekliğinde doktorunuza baş vurmanız uygun olacaktır.

Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi yaptırmalısınız.

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



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.57
YAYIN TARİHİ	01.05.2006
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

Tedavi Olmazsanız:

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 : _____