

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2850
		YAYIN TARİHİ	02.01.2020
		REVİZYON NO	00
	GÖZ HASTALILARI ANABİLİM DALI İNTRAVENÖZ METİLPREDNİZOLON-YÜKLEME KORTİZON TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1 / 2

Hasta Adı

Dosya No

Tarih

.....

.....

.....

Sayın Hastamız,

Pulse steroid (İntravenöz Metilprednizolon – Yükleme Kortizon Tedavisi):

Optik nöropati tedavisinde görme keskinliğini artırmak ve iyileşme süresini hızlandırmakta etkilidir.

Yöntem

IV (damar içi) yüksek doz (1gr/gün) sabahları tek doz halinde serum içinde 30-60 dakikada gidecek şekilde uygulanır. Tedavi doktorunuzun tedavi şemasına göre 3-7 gün sürelidir. Damardan uygulanan tedavi gerekirse ağızdan alınan kortizon ile devam edebilir. Tedavi sırasında ve takip eden bir hafta içinde tuz ve karbonhidrat alımı kısıtlanmalıdır. Tedavi öncesinde tam kan sayımı, enfeksiyon ile ilgili testler (CRP, sedimantasyon), elektrolitler, idrar bakısı, gerekirse akciğer grafisi doktorunuz tarafından istenebilir.

Uyarılar

Tedavi ayaktan veya gerekirse hastaneye yatırılarak (hipertansiyon, kan şekeri yükseklikleri, ciddi psikiyatrik hastalık öyküsü varlığında) yapılabilir. Tedavi süresince istirahat edilmeli, enfeksiyon riski nedeni ile kalabalık ve kapalı ortamlara girmekten kaçınılmalıdır. Tedavi süresince varsa alınmakta olunan diğer tedavilere devam edilebilir. Olumlu etki ilk günlerde başlayacağı gibi, birinci hafta tamamlanmadan görülmeyebilir. Emziren kadınlarda, gebelikte ilk üç ayda ağır atak olmadıkça kortizon kullanılmaz. İkinci ve üçüncü üç aylık dönemde kullanımı daha güvenlidir.

Yan Etkiler

Ateş basması, yüz kızarması, ağızda metalik tat, çarpıntı, yorgunluk, halsizlik, adet bozuklukları, sivilce (akne), kıllanmada artış, kilo artışı, uykusuzluk, duyu durum bozuklukları, deride incelme, ince damarlarda belirginleşme, yüz ve gövdede yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir.

Onam (Rıza/İzin)

Optik nöropati tedavisi için bana (veya hastama) önerilen kortizon tedavisi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak incelemeler, tedavi süresince uyacağım tıbbi kurallar, yan etkiler, olası olumsuzluklar, yan etki ve olumsuzlukların azaltılmasına yönelik yapılacak işlemler vb) okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen özgür irademe dayanarak aldım.

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

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.2850
		YAYIN TARİHİ	02.01.2020
		REVİZYON NO	00
	GÖZ HASTALILARI ANABİLİM DALI İNTRAVENÖZ METİLPREDNİZOLON-YÜKLEME KORTİZON TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	2 / 2	

İstersem yapılacak tedaviyi durdurma ve sürdürmeme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir.

Optik nöropati hastalığı için önerilen kortizon tedavisini (1 gr/gün intravenöz metilprednizolon) hekimimden talep ediyorum.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabuledip etmediğinizi yazarak belirtiniz.

'Okudum, anladım, işi şare ettim' yazarak imzalayınız

.....

.....

.....

.....

İş bu Form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonar imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta / Hasta Yakını			
Doktor			
Tanıklı keden			

Notlar:

Hasta 18 yaşından küçük, bilincikapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değilse yazı yetki isiyoksa onay vekili tarafından verilir.