

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1599-2
		YAYIN TARİHİ	23.09.2013
	NÖROLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/1

IVIG (İNTRAVENÖZ İMMUNGLOBULİN) DAMAR İÇİ İMMUNGLOBULİN UYGULAMASI
HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Sayın Hastamız,

IVIG (İntravenöz İmmunglobulin) Damar İçi İmmunglobulin Uygulaması

Bağışıklık bozukluğu ile ilgili nörolojik hastalıklarda kullanılmaktadır. Bağışıklık hücrelerini ve ilgili diğer elemanları düzenleyici etkisi mevcuttur.

Yöntem

Uygulama şekli: 0.4g/kg/gün beş gün süre ile damar içi enjeksiyon ile 3 saat içinde yavaş verilir. Gerekirse idame tedavisi şeklinde aylık verilebilir.

Yan etkileri

Damardan verilme sırasında alerjik reaksiyonlar (üşüme baş ağrısı, ateş, cilt reaksiyonları) olabilir. Temelde kalp ve böbrek yetmezliği olanlarda mevcut durumu kötüleştirebilir. Diğer yan etkiler yorgunluk, anafilaktik reaksiyon, çok nadir kan pıhtılaşmasına bağlı damar tıkanması pıhtı atması, akciğer ödemi, inme, böbrek doku erimesi (renal tübüler nekroz) IVİg konusunda bana (veya hastama) önerilen atak tedavisi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak rutin tetkikler, tedavi süresince uyacağı tıbbi kurallar, yan etkiler, riskler, yan etki ve risklerin 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 hür irademe dayanarak aldım. İstedğim takdirde yapılacak tedaviyi durdurma ve reddetme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir.

.....hastalığı için önerilentedavisini kabul ediyorum.

.....hastalığı için önerilentedavisini kabul etmiyorum

Tarih : ... /... /.... Saat :

Hasta veya hasta yakını:..... (isim, soyisim, tel, tarih, imza)

Doktor :.....(isim, soyisim, tel, tarih, imza)IVMP

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

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.