Hasta Adı/Soyadı

Dosya No

TARİH

Size uygulanacak tıbbi tedaviyi ve yaşanması muhtemel riskleri (zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilenmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi tedavi şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak bu formu imzalayıp onay vermeniz halinde size sistemik steroid tedavisi başlanacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak hekiminizle olan aydınlatma görüşmenizde hekiminizle paylaşın. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız VEYA HAZIRLANAN BU ONAM FORMU SİZİN DİLİNİZDE DEĞİL İSE size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha YARDIMINI TALEP EDİLEBİLİR, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Aydınlatma görüşmesinden sonra söz konusu tedavisinin başlanmasını istiyorsanız; formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.

I-AYDINLATMA BİLGİSİ

Hastalığın Tanımı Hakkında Bilgi:

.....hastalığınız nedeniyle ağızdan / damardan steroid (kortizon) tedavisi yapılabileceği doktorunuz tarafından düşünüldü. Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız.

Tedaviye başlanırken bu tedaviyi alıp alamayacağınızı belirlemek için sizi iç hastalıkları uzmanının değerlendirmesi, bazı kan tetkikleri ve akciğer filmiadem istenebilecektir.

Steroid tedavisi ağızdan veya damardan verilecektir: Ağızdan alınan tedavide her gün belirtilen saat veya saatlerde hap(lar)ınızı kendiniz alırsınız. Bu tedavi şeklinde bazen mide ile ilgili şikayetler daha fazla olabilir. Tedavi süresi ise daha uzun olabilir. Daha yüksek doz kullanabilmek ve daha hızlı etki elde etmek için doktorunuz tarafından damar yolu seçilirse, ilacınızı size söylenecek olan kliniğe her gün giderek veya o klinikte yatarak alırsınız. Bir süre sonra yapılacak kontrolünüzde ilacın hangi dozda ve sürede devam ettirileceğine karar verilecektir.

Tedavi Komplikasyonları (istenmeyen ama oluşabilen zararlı sonuçlar) ve Riskleri Hakkında Bilgi:

İlaç; mide barsak ülseri, kemik erimesi, psikiyatrik rahatsızlık, zona-suçiçeği hastalığı, amip-mantar enfeksiyonları, polimiyelit, glokom (göz tansiyonu), diyabet (şeker hastalığı), tüberküloz (verem) hastalığınız varsa zorunluluk olmadığı sürece kullanılmamalıdır. Bağışıklık sistemi zayıf hastaların kullanması önerilmez.

İlaç uzun süre kullanılırsa, deride incelme, yüz ve gövdede sivilce, yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir. Kalp yetmezliği, vücutta su ve tuz tutulumu, yüksek tansiyon, adet düzensizliği, saçlarda incelme, yorgunluk, sinirlilik, psikoz, iştah artışı, ülser, mide kanaması, böbrek taşı, katarakt oluşumu gibi yan etkileri bulunabilmektedir. Bu yan etkiler arasında tedavi aşamasında hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekli durumlar olabilir. Bu durumlarda gerekli uzmanlık dalı hekimlerinin müdahalesi gerekebilecektir.

Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahip olmakla birlikte bu tedavinin genellikle azaltılarak günler içinde kesilmesi gerektiğini bilmelisiniz. Bu tedavi azaltılmadan ani bir şekilde kesilecek olursa hastalığınızın nüksetmesi söz konusu olabilir.

Bu tedaviyi almayı reddettiğiniz takdirde alternatif olarak steroid olmayan anti enflamatuar ilaçlar kullanılabilir. Fakat bunlar genellikle steroide kıyasla daha az etkinliği olan ilaçlardır.

Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:

İlaç kullanmaya başlanacaksa sabah saatlerinde alınmalı ve tuzsuz yemekler yenilmesine dikkat edilmelidir. Yanında mide koruyucu başka bir ilaç almanız önerilecektir. Uzun süre kullanım durumunda kemik erimesini engelleyici ilaç verilebilecektir. Steroid kullanırken kan şekeri ve tansiyon takibi yaptırmanız ve olası yüksekliğinde doktorunuza veya dahiliye uzmanına baş vurmanız uygun olacaktır.

II-ONAM(RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

1. Doktorum tarafıma hastalığımın açıkça tanımını yaptı.
2. Hastalığımın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusunda bilgilendim.
3. Tıbbi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti açıkça anlatıldı.
4. Hastalığımın diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile bu uygulamaların sağlığım üzerine muhtemel etkileri konusunda bilgilendirildim.
5. Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.
6. Bana önerilen tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.
7. Tıbbi müdahale ve tedavim sırasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.
8. Tedavide istenen başarıya ulaşmak için sağlığım için kritik olacak yaşam tarzı özelliklerinin neler olduğu, ve yine tedaviyi tamamlayacak uygulamalar konusunda açıkça bilgilendirildim.
9. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.
10. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği anlatıldı.
11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim açısından bilgi sahibi oldum.

Tarafıma uygulanacak tedavi sonucunda oluşabilecek yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum, anladım ve uygulanması planlanan tedaviyi almayı
..... (**Hastanın el yazısı ile:** kendi rızamla kabul ediyorum).

OKUDUM ANLADIM EK SORUM YOKTUR

Kimliğimin gizli tutulması, yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına, tıbbi kayıtlarımdaki bilgilerin bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

O İZİN VERİYORUM O İZİN VERMİYORUM

Tarih: .....

HASTANIN Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

TERCUMAN: TÜM ONAM FORMU TARAFIMDAN HASTAYA ÇEVRİLMİŞ VE ONAMI ALINMIŞTIR.

Adı-Soyadı: .....

İmza:.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, beklenen riskler ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı-Soyadı :.... .....İmzası:..... Tarih:

Şahit Adı-Soyadı :..... İmzası..... Tarih:

(tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)