Hastanın Adı, Soyadı: **Randevu Tarih Ve Saati:**

Doğum Tarihi: **Dosya no:**

Cinsiyeti:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Kategori: İlaç - Romatoloji - Anti-inflamatuar

TANIM:

Doktorunuz sizinle tedavinizde kortikosteroid grubu ilacın kullanımının gerekliliği hakkında konuştu. Kortikosteroid steroid anti – inflamatuar ilaçlar grubundan bir ilaç olup, inflamatuar, immünolojik ve allerjik çok sayıda hastalığın tedavisinde kullanılabilen bir ilaçtır. Ağız yoluyla veya enjeksiyon şeklinde kullanılabilir. Covid – 19 hastalığınızdan ötürü size pulse steroid tedavisi (30 mg/kg/gün) 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 bilgilenmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:DR.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

İltihap ile karakterize çok sayıda hastalığın tedavisinde etkili bir ilaçtır. Bu nedenle covid – 19 enfeksiyonunda virüse yönelik tedavilerden sonra, virüse bağlı ortaya çıkan ciddi iltihabi durum ve bununla ilişkili akciğer hasarının tedavisinde etkili olabilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

İlacı almaya başlamadan önce istediğiniz zaman ilacı kullanmak için vermiş olduğunuz onayı geri çekebilirsiniz. Ancak kortikosteroid'i kullanmaya başladığınız andan itibaren bu ilaçtan kaynaklanacak tüm fayda ve riskleri kabul etmiş olursunuz. İlacın ani olarak bırakılması ya da dozunun değiştirilmesi ciddi hatta hayatı tehdit edici sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle doktorunuzun onayı olmadan ilacınızın dozunda herhangi bir değişiklik yapmayınız. Sizin hastalığınız ve tıbbi durumunuzdan kaynaklanan özel şartlara bağlı olarak adı geçen ilacın ek fayda ya da riskleri olabilir. Doktorunuz bu özel durumlar hakkında size bilgi verecektir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Sizin için uygun olabilecek farklı tedavi yöntemlerini doktorunuza danışarak öğrenebilirsiniz.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

• Alerjik reaksiyonlar: Nefes darlığı, boğazda tıkanma hissi, dudaklarda, dilde, yüzde, şişlik veya kurdeşen (ürtiker) gelişebilir,

• Enjeksiyon yerinde yanma, uyuşma, irritasyon, infeksiyon, skar dokusu,

• Yüksek tansiyon hastalarında kısa dönem kan basıncında dalgalanmalar,

• Mevcut diyabet (şeker) hastalığının kontrolünde bozukluklar,

• Çok nadir de olsa kemik nekrozu

• Bu istenmeyen etkiler en sık görülenleri olup, beklenmeyen bir durumla karşılaşıldığı takdirde tedaviyi başlayan hekiminize danışmanız gereklidir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

SONUÇLAR:

Bu ilacı kullanmak için gerekli onayı vermemem durumunda bu ilaca bağlı herhangi bir fayda ve ilaçla ilgili herhangi bir risk ile karşılaşmayacağımı anlıyorum.

HASTA ONAM (RIZA,İZİN):

Bana doktorum tarafından kullanmam tavsiye edilen yukarıda adı geçen ilaç ile ilgii tüm fayda ve riskleri okudum. Doktor, hemşire, ve / veya diğer görevli bir personel tarafından ilaç ile ilgili tüm sorularıma cevap verildi.

Kendi iradem ile bana tavsiye edilen ilacı : ❒ **KABUL EDİYORUM** ❒ **KABUL ETMİYORUM.**

HASTANINADI-SOYADI : ..... İMZASI:...

HASTA YAKININININ ADI-SOYADI :..... İMZASI:.....

DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI : ..... İMZASI.....

RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/:.....

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır.