Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Bu rıza belgesi size /hastanıza anlatılan işlemin “nasıl”, “neden” gerçekleştirilmek istendiğinin, bu işlem gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği, işlemin gerçekleştirilmesi sırasında ya da sonrasında hangi yan etki ya da istenmeyen olaylar olabileceği, bu işlemin alternatifinin olup olmadığı konusunda sizi aydınlatmak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına rıza gösterdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içersinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Bu formu okuyup anlayıp, imzaladıktan sonra rızanızı geri çekmekte özgürsünüz.

Kategori: İlaç - Romatoloji - Anti-inflamatuar

Tanım:

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.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

İltihap ile karakterize çok sayıda hastalığın tedavisinde etkili bir ilaçtır.

3. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

4. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Sizin için uygun olabilecek farklı tedavi yöntemlerini doktorunuza danışarak öğrenebilirsiniz.

5. İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

- Alerjik reaksiyonlar: Nefes darlığı, boğazda tıkanma hissi, dudaklarda, dilde, yüzde, şişlik veya kurdeşen (ürtiker) gelişirse doktorunuzla irtibata geçiniz.
- Enjeksiyon yerinde yanma, uyuşma, irritasyon, infeksiyon, skar dokusu.
- Enfeksiyonlara yatkınlık, göz tansiyonu (glokom,) katarakt (göz lensinde opaklaşma ve bulanık görme,) kemik erimesi (osteoporoz,) osteonekroz (avasküler nekroz,) yüksek kırık riski, kemik kırıklarında geç iyileşme yapabilir.
- Ciltte döküntü, incelme, morarma, renk ve kıvam değişikliği.
- Tüylenmede artış.
- Görmede ışığa karşı artmış duyarlılık.
- Karın ağrısı, bulantı, kusma.
- Hızlı kilo alma, açlık ve susuzluk hissinde artış. Santral obezite, iştah artışı.
- Yüzde yağ kitlesinde artış (aydede yüz görünümü,) ciltte küçük damarlarda genişleme
- Sık idrara çıkma.
- Duygulanım bozuklukları, yorgunluk hissi, depresyon, halüsinasyonlar.
- Kas güçsüzlüğü, kas kitlesinde azalma ve kas erimesi.
- Yüksek tansiyon (hipertansiyon,) su ve tuz tutulumu.Vücutta yağ dağılımında dengesizlik.
- Mevcut diyabet (şeker) hastalığının kontrolünde bozukluklar.
- Uzun süre kullanılır ve aniden kesilirse; böbrek üstü bezlerinde yetmezlik oluşabilir.
- Yumurtlama (ovulasyon) ve adet düzensizlikleri oluşabilir. Gençlerde büyüme ve gelişme problemleri olabilir.

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:

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :
İMZASI:

HASTA YAKININ 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. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)