Sayın hastamız lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz:

• Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi veya cerrahi tedavi, girişim veya tanısal girişim (bundan sonra "İşlem" olarak tanımlanacaktır) hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

• Önerilen işlem hakkındaki bilgi aydınlatılmış onam (rıza) formun bölümlerinde mevcuttur.

• Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. • İşlem kim/ler tarafından yapılacağı, beklenen faydaları, olası riskleri ve süresini öğrendikten sonra yapılacak işleme onam vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• İşlem için onam vermiş olsanız bile; tıbbi yönden bir sakınca yok ise, istediğiniz zaman geri çekme hakkına sahipsiniz.

• Önerilen işleme onam vermemeniz veya geri çekmeniz durumunda formun ilgili bölümünü doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

• Sözel olarak anlatılanlar ve bu formda belirtilenlerden başka sorularınız varsa bu soruları bilgilendirme yapan hekime sorabilirsiniz.

1. Hastalık hakkında bilgi:Antimalaryal ilaçlar, başta subakut ve diskoid lupus eritematozus olmak üzere bazı romatolojik ve dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan sistemik ilaçlardır. Bu hastalıklar genellikle kronik seyirli olup deri, eklemler ve diğer sistemleri etkileyebilir. En sık kullanılan antimalaryal ilaç hidroksiklorokin olup, hastalığa bağlı belirtilerin kontrol altına alınmasını amaçlar. Tedavinin amacı şikâyetlerin azalması ve klinik durumun iyileştirilmesidir

2. İşlemin tanımı:Antimalaryal tedavi, hidroksiklorokin veya klorokin içeren ilaçların ağız yoluyla kullanılması esasına dayanır. Bu ilaçlar başlangıçta günlük 1–2 tablet şeklinde başlanır ve hastalığın seyrine göre doz ve kullanım süresi düzenlenir. Tedavi sürecinde hastanın klinik durumu ve olası yan etkiler düzenli kontrollerle izlenir. Tedavi, dermatolojik veya romatolojik hastalığın kontrol altına alınmasını amaçlar

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:.....
.....

4. İşlemden beklenen faydalar:Antimalaryal tedavi ile hastalığa bağlı şikâyetlerin azalması ve klinik bulguların düzelmesi hedeflenir. Özellikle lupus eritematozus gibi hastalıklarda sistemik tedavide etkinliği kanıtlanmış bir seçenektir. Tedavi sayesinde hastalığın kontrol altına alınması ve yaşam kalitesinin artması beklenir. Tedaviye verilen yanıt kişiden kişiye değişiklik gösterebilir.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar:Antimalaryal tedavi uygulanmadığında hastalığa bağlı şikâyetlerde düzelme sağlanamayabilir. Klinik bulgular devam edebilir veya zaman içinde artış gösterebilir. Bu durumda hastalığın kontrol altına alınması zorlaşabilir. Tedavi reddedildiğinde, fayda ve riskleri farklı olan diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri:Antimalaryal tedaviye alternatif olabilecek diğer tedavi seçenekleri hastalığın türüne, şiddetine ve yaygınlığına göre değişiklik gösterebilir. Bu alternatifler arasında sistemik steroidler, dapson, sistemik immün baskılayıcı ajanlar veya intravenöz immünoglobulin gibi tedaviler yer alabilir. Hangi tedavinin uygun olacağı hastanın klinik durumu ve önceki tedavilere verdiği yanıta göre belirlenir. Alternatif tedavi seçenekleri konusunda değerlendirme doktorunuz tarafından yapılır.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Antimalaryal tedavi sırasında alerjik reaksiyonlar, ciltte kaşıntı, renk değişiklikleri, saç dökülmesi ve nadiren ciddi deri reaksiyonları görülebilir. Baş ağrısı, baş dönmesi, midebağırsak yakınmaları ve ruh halinde değişiklikler ortaya çıkabilir. İlacın görme ile ilgili yan etkilere yol açabilmesi nedeniyle bulanık görme ve diğer görme problemleri gelişebilir ve düzenli göz muayenesi gerektirir. Ayrıca kan, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma görülebileceğinden düzenli laboratuvar takibi önemlidir.

8. İşlemin tahmini süresi:Antimalaryal tedavinin süresi hastalığın türüne, şiddetine ve tedaviye verilen yanıta göre değişkenlik gösterir. Tedavi genellikle uzun süreli planlanır ve aylık kontrollerle doz ve kullanım süresi yeniden düzenlenebilir. Tedavinin etkinliği ve olası yan etkiler düzenli klinik ve laboratuvar takipleri ile izlenir. Gerektiğinde tedavi süresi hekim tarafından kısaltılabilir veya uzatılabilir.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:Antimalaryal ilaçlar olan hidroksiklorokin veya klorokin ağız yoluyla

kullanılan sistemik tedavilerdir. Bu ilaçlar bağışıklık yanıtını düzenleyerek dermatolojik ve romatolojik hastalıklarda klinik düzelme sağlar. Kullanım sırasında kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyonları ile görme açısından düzenli takip gerektirir. Gebelik ve emzirme döneminde kullanımı önerilmez ve ilaç etkileşimleri açısından mevcut ilaçlar hekime bildirilmelidir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:Antimalaryal tedavi süresince görme ile ilgili herhangi bir değişiklik fark edildiğinde sağlık ekibine bilgi verilmesi ve düzenli göz muayenelerinin aksatılmaması önemlidir. İlacın olası yan etkilerinin erken saptanabilmesi için istenen kan ve biyokimya tetkiklerinin belirtilen aralıklarla yaptırılması gerekir. Gebelikten kaçınılmalı ve emzirme döneminde ilaç kullanılmamalıdır. Tedavi sırasında yeni bir ilaç başlanacaksa veya enfeksiyon bulguları gelişirse doktora bilgi verilmesi önem taşır.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:Tedavi süresince alerjik reaksiyonlar, görme problemleri veya beklenmeyen yan etkiler gelişmesi durumunda Dermatoloji Polikliniği ile iletişime geçilebilir. Tedaviyi düzenleyen hekimden veya ilgili sağlık personelinden tıbbi destek alınabilir. Kontrol muayeneleri için poliklinik başvurusu yapılabilir. Acil bir durum söz konusu olduğunda en yakın sağlık kuruluşunun acil servisine başvurulması uygundur.

12. Hastaya özgü durumlar (Kullandığı ilaç/lar, hastalıkları, diyet katkı maddeleri, bitkisel ilaçlar, vb. varsa açıklayınız. Yok ise “Yok” olarak belirtiniz)

……

……
……

HASTA, VEKİLİ, VELİSİ veya VASİSİNİN ONAMI

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir işlem yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, işlemi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir işlem yapılabileceğini, işlemin maliyeti hakkında ilişkin tüm sorularımı yanıtladı. İşlem’ den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususlarda bilgilendirildim ve anladım.

Yukarıda açıklanan işlemin üzerimde veya yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan işlemi kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave işlemin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Önerilen işlem yöntemlerini reddetme, sonlandırma ve geri çekme hakkım olduğu tarafıma bildirildi.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

☐Bu formda tanımlanan işlemin ☐ Başkasına bilgi verilmesini istiyorum.

uygulanmasını KABUL EDİYORUM. Bilgi verilmesi istenilenin kişinin; Adı-Soyadı / Adresi / Telefonu

Aşağıda boş bırakılan alana “okudum, anladım, kabul ediyorum, onam formunun bir nüshasını elden teslim aldım.” yazınız ve imzalayınız. (Bu bölüm hastanın / yasal temsilcisinin kendi el yazısı ile yazılmalıdır.)

Hasta Adı Soyadı **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim** Adı Soyadı

Saat

İmza Tarih Saat

Kaşe İmza Tarih

Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi

Yasal temsilcisinden onam alınma nedeni

• Bilinci kapalı • 18 yaşından küçük

Saat

İmza Tarih

• Karar verme yetisi yok • Acil

• Hasta Tarafından Yetkilendirilmiş

Şahit Adı Soyadı **Tercüman** Adı Soyadı / Telefonu

İhtiyaç halinde

Saat Saat

İmza Tarih İmza Tarih

☐ İşlemin uygulanmasını KABUL ETMİYORUM. ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler

Adı Soyadı / İmza / Tarih / Saat ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla GERİ

ÇEKİYORUM.

İmza / Tarih / Saat

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınmalıdır.