Psikostimulan grubu ilaçlar, çocuk ve gençlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda görülen dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin tedavisi amacıyla kullanılabilmektedirler.

Bu grupta yer alan ilaçlar aşağıda belirtilmektedir:

- Metilfenidat (Kısa etkili form)
- Metilfenidat (Uzun etkili form)

Bu ilaçların hepsi beyin ve sinir sisteminde etkilerini gösterirler. Sinir sisteminde iletimi sağlayan maddelerin (özellikle dopamin) düzeylerini yeniden düzenleyerek hastanın var olan belirtilerinin düzelmesine olanak sağlarlar. Bazı hastalarda, çok nadir de olsa, ilaçların istenen etkileri yanında istenmeyen yan etkileri de ortaya çıkabilmektedir. Bu gruptaki ilaçlar ile görülebilecek yan etkiler:

- Uykusuzluk
- İştahsızlık, aşırı olduğu hallerde büyümede duraksama ya da gerileme • Bulantı, kusma, karın ağrısı
- Baş ağrısı, nöbet eşiğini düşürme
- Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri
- Duygudurumda değişme, sinirlilik, üzüntü hali, sosyal geri çekilme, nedensiz ağlama
- Tikler
- Yüksek dozlarda; tansiyon yüksekliği, çarpıntı, ateş yüksekliği, yönelim bozukluğu, bellek bozukluğu, psikotik belirtiler, nöbet

Hastanın psikiyatrik sorununun tedavisinin ilaç kullanılarak yapılmasının tıbbi yönden gerekli olduğu, tıbbi ya da yasal engel olmadıkça hastamın tedavisinde değişiklik isteyebileceğim, bu tedaviyi kabul etmezsem hastalığının kötüleşebileceği, tedavi süresinin uzayabileceği, kendisi ve çevresi için tehlikeli olabileceği bana anlatıldı. Hastamın polislik, askerlik, savcılık, pilotluk, hakimlik gibi mülakat gerektiren bazı meslek gruplarında yapılacak sınavlarda problem yaşayabileceği bilgisi verildi. Bu ilaçlarla birlikte ek ilaç kullanılması gereken durumlarda doktoruma danışmam gerektiği belirtildi.

Yukarda ilaçlarla ilgili tüm bilgileri okudum ve anladım. Gerekli olan yerlerde doktorumdan yeterli sözel açıklamaları öğrendim. Her ilaç için beklenmeyen yan etkilerin görülebileceği konusunda bilgilendirildim. Çocuğumun ruhsal bozukluğunun tedavisi amacıyla yukarıda bahsi geçen ilaçları kullanmasını serbest irademle kabul ediyorum.

Hastanın adı soyadı:

Hastane protokol no:

Tarih:

Hastanın Vasisinin adı soyadı: Klinik Sorumlu Hekim Yakınlık derecesi: Adı Soyadı:

İmza İmza