SİSTEMİK STEROİD TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ

.....Hastalığınızdan ötürü size sistemik steroid tedavisi 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.

Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından sistemik steroid tedavisi başlanacaktır. Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

İlaç mide barsak ülseri, kemik erimesi, psikiyatrik rahatsızlıkları, zona-suçiçeği hastalığı, amip-mantar enfeksiyonları, polimiyelit, glokom(göz tansiyonu) gibi rahatsızlıkları olan hastalara önerilmez.

Diyabet (şeker hastalığı), tüberküloz (verem) hastalığınız varsa zorunluluk olmadığı sürece kullanılmamalıdır.

Emziren bayanlar ve hamileliğin ilk 3 ayında olan bayanlar zorunluluk olmadığı sürece bu tedaviyi almamalıdırlar.

İlaç, deride incelme, ince damarlarda belirginleşme, sivilce, yüz ve gövdede yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir.Kalb yetmezliği ,vücutta su ve tuz tutulumu ,yüksek tansiyon ,adet düzensizliği ,cinsel istek azalması ,saçlarda incelme ve dökülme ,yorgunluk ,sinirlilik , psikoz , iştah artışı ,ülser ,mide kanaması , böbrek taşı ,katarakt oluşumu vb yan etkileri bulunabilmektedir.

Bağışıklık sistemi zayıf hastaların kullanması önerilmez. İlaç kullanmaya başlanacaksa sabah saatlerinde alınmalı ve tuzsuz yemekler yenilmesine dikkat edilmelidir.

İlacı kullanırken tansiyon takibi yaptırmanız ve olası yüksekliğinde doktorunuza baş vurmanız uygun olacaktır.

Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi yaptırmalısınız.

Tedaviden en fazla oranda yarar , en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının Adı- Soyadı : Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____ İmza : Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim) Adı – Soyadı : Kaşe / İmza : Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___