

Antipsikotik grubu ilaçlar, çocuk ve gençlerde erken başlangıçlı şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, duygudurum bozukluk, otistik bozukluk, tik bozuklukları, davranış bozuklukları, dürtü denetim bozukluğunun tedavisi amacıyla kullanılabilmektedir.

Bu grupta yer alan ilaçlar aşağıda belirtilmektedir;

- ✓ Haloperidol
- ✓ Klorpromazin
- ✓ Zuklopentiksol
- ✓ Klupentiksol
- ✓ Klozapin
- ✓ Olanzapin
- ✓ Risperidon
- ✓ Ketiapin
- ✓ Amisülpirid
- ✓ Ziprasidon
- ✓ Aripiprazol

Bu ilaçların hepsi beyin ve sinir sisteminde etkilerini gösterirler. Sinir sisteminde iletimi sağlayan maddelerin (Dopamin, Serotonin ve Noradrenalin gibi) düzeylerini yeniden düzenleyerek hatanın 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;

- ✓ **Nörolojik Sistem:** vücudun değişik yerlerindeki kaslarda ağrılı kasılmalar, çift görme, ellerde titreme, yutma güçlüğü, istemsiz yüz hareketleri (geçici ya da kalıcı), motor huzursuzluk, küçük adımlarla yürüme, nöbetler, uyku hali, ağzı salgısında artış, idrar kaçırma, konsantrasyon bozukluğu, bellek bozukluğu, saldırganlık, nöroleptik maling sendrom (ilaca bağlı yüksek ateş ve yönelim bozukluğu ile seyreden çok ender görülen bir klinik tablo)
- ✓ **Otonom sinir Sistemi:** Ağız kuruması, görme bulanıklığı, göz kuruması, kabızlık, idrar yapmada güçlük göz içi basıncında artma, cinsel istekte azalma.
- ✓ **Dolaşım Sistemi:** kan basıncında düşme, çarpıntı, sersemlik hissi, bayılma, EKG değişiklikleri, nadiren ritim bozuklukları ve çok nadir ani ölüm.
- ✓ **Sindirim Sistemi:** iştah artışı ya da iştahsızlık, midede yanma hissi, bazen ishal, öğürme refleksinin kaybı, kusma, kilo alımı, karaciğer enzimlerinde yükselme, kan yağ düzeylerinde artış, sarılık
- ✓ **Hormonal Sistem:** prolaktin hormonunun yükselmesine bağlı adet görmeme, memeden süt gelmesi, meme büyümesi, kan şekerinde yükselme, şeker hastalığı riski, cinsel istekte azalma.
- ✓ **Deri üzerinde etkileri:** alerjik reaksiyonlar, ürtiker, astım, ödem, döküntüler, deri renginde değişiklikler.
- ✓ **Kan hücreleri üzerinde etkileri:** akyuvarlarda azalma, kansızlık, kemik iliği hücre yapımının baskılanması

Hastanın psikiyatrik sorununun tedavisinin ilaç kullanılarak yapılmasının tıbbi yönden gerekli olduğu, tıbbi ya da yasal engel olmadıkça hastanın tedavisinde değişiklik isteyebileceğim, bu tedaviyi kabul etmezsem hastalığının kötüleşebileceği, tedavi süresinin uzayabileceği, kendisi ve çevresi için tehlikeli olabileceği bana anlatıldı. Bu ilaçlarla birlikte ek ilaç kullanılması gereken durumlarda doktora danışmam gerektiği belirtildi.

Yukarıda ilaçlarla ilgili tüm bilgileri okudum ve anladım. Gerekli gördüğüm yerlerde doktorum özel açıklamalarda bulundu. Her ilaç için beklenmeyen yan etkilerin görülebileceği konusunda bilgilendirildim. Çocuğumun ruhsal bozukluğunun tedavisi amacıyla yukarıda bahsi geçen ilaçları kullanmasını serbest irademle kabul ediyorum.

Sonuç :

☐ Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve girişim/tedavi işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz..

☐ Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih:/...../20.....

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)