

Sayın Hastamız / hasta yakınımız

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı için size önerilen tıbbi işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

IVMP (intravenöz metilprednizolon) hakkında:

IVMP (Intravenöz Metilprednizolon – Yükleme Kortizon Tedavisi): Endikasyon gerektiren bazı nörolojik hastalıklarda kullanılmaktadır. MS atağının şiddetini azaltmak ve iyileşme süresini hızlandırmakta etkilidir.

Yöntem

IV(damar içi) yüksek doz (1gr/gün) sabahları tek doz halinde serum içinde 30-60 dk da gidecek şekilde uygulanır. Damardan uygulanan tedavi gerekirse ağızdan alınan kortizon ile devam edebilir. Tedavi sırasında ve takip eden bir hafta içinde tuz ve karbonhidrat alımı kısıtlanmalıdır. Tedavi öncesinde tam kan sayımı, enfeksiyon ile ilgili testler (CRP, sedimantasyon), elektrolitler, idrar bakısı, gerekirse akciğer grafisi doktorunuz tarafından istenebilir.

Uyarılar

Tedavi ayaktan veya gerekirse hastaneye yatırılarak (hipertansiyon, kan şekeri yükseklikleri, ciddi psikiyatrik hastalık öyküsü varlığında) yapılabilir. Tedavi süresince istirahat edilmeli, enfeksiyon riski nedeni ile kalabalık ve kapalı ortamlara girmekten kaçınılmalıdır.

Gebelikte ilk üç ayda kortizon kullanılabilir. İkinci ve üçüncü üç aylık dönemde kullanımı güvenlidir.

Yan Etkiler/riskler

Ateş basması, yüz kızarması, ağızda metalik tat, çarpıntı, yorgunluk, halsizlik, adet bozuklukları, sivilce (akne), kıllanmada artış, kilo artışı, uykusuzluk, duygu durum bozuklukları, deride incelme, ince damarlarda belirginleşme, yüz ve gövdede yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir.

Hastalığım konusunda bana (veya hastama) önerilen tedavi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak incelemeler, tedavi süresince uyacağım tıbbi kurallar, yan etkiler, olası olumsuzluklar, yan etki ve olumsuzlukların azaltılmasına yönelik yapılacak işlemler vb) okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen özgür irademe dayanarak aldım.

İstersem yapılacak tedaviyi durdurma ve sürdürmeme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir. İmzalı bilgilendirilmiş onay formunun bir kopyası tarafıma verilecektir.

- MS hastalığı için önerilentedavisini kabul ediyorum.
- MS hastalığı için önerilentedavisini kabul etmiyorum.

Eğitime katkıya onay: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden tıbbi eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Not: Eğitimle ilgili onayı vermemeniz halinde de tedaviniz aksatılmadan sürdürülecektir.

Tahmini İşlem Süresi: Tedavi doktorunuzun tedavi şemasına göre 3-10 gün sürelidir. Gerekirse süre uzatılabilir.

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.

Okudum, anladım, bu formun bir nüshasını teslim aldım.

Hasta / Hasta Yakınının bilgilendirildiği tarih ve saat:

Hasta ya da hasta yakını

Adı-soyadı :

İmza :

Tanık

Adı-soyadı :

İmza :

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

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

Hekim :

Adı-soyadı :

İmza :

Formun doldurulduğu tarih ve saat: