



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

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ
ACTH (SYNACTHEN DEPOT AMP) HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:
Protokol No:

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası olumsuzlukları öğrendikten sonra yapılacak işleme olur vermek ya da vermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. İsterseniz sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi istemeyebilirsiniz.

ACTH (SYNACTHEN DEPOT AMP)

MS atak tedavisinde etkilidir. Kalça içi enjeksiyon şeklinde uygulanır. Genellikle 5-7 gün boyunca her gün uygulama ardından 3-5 gün, gün aşırı şekilde azaltılarak kesilir. Serum içinde damar içi enjeksiyon ile verilen pulse (pals) kortizonun uygulanmasında zorluklar olduğunda uygulanabilir. Diğer kortizon preparatlarına benzer yan etkisi mevcut. Hipertansiyon, kilo artışı, ödem yapabilmektedir. MS konusunda bana (veya hastama) önerilen tedavi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulama yolu, uygulama süresi, yapılacak incelemeler, tedavi süresince uyacağı 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.

Hasta veya Vekili:

Adres:

Tel No:

Tarih :

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Hekim:

Adres:

Tel No:

Görüşme tanığı:

Adres:

Tel No:

Tarih:

İmza: