



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

**TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ**  
**METOTREKSAT 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.

**Metotreksat:**

Romatolojik hastalıklarda yaygın kullanılan, MS' de hastalıktan sorumlu bağışıklık hücrelerinin etkinliğini baskılayan bir ilaçtır. MS de mevcut tedaviye iyi yanıt vermeyen olgularda atak önleyici ve nörolojik kötüleşmeyi azaltıcı etkileri bulunmaktadır. İlerleyici seyirli MS' lilerde hastalık sürecini olumlu yönde etkileyebilme olasılığı vardır.

**Uygulama Şekli:** 7.5-15 mg/haftada bir gün ağızdan bir miktar su ile alınmalıdır. Haftada her gün değil sadece bir gün alınmasının unutulmaması, olabilecek ciddi yan etkiler açısından önemlidir. Yan etkileri azaltmak için ağızdan oral folik asit ile birlikte alınır.

**Yan Etkiler:** Genel olarak iyi tolere edilir. Üriner ve üst solunum yolu enfeksiyonu, bulantı-kusma, ishal, baş ağrısı, kas ağrısı, kemik iliği baskılanması, saç dökülmesi, ışığa hassasiyet, deri döküntüsü, ağız yarası(stomatit) , pulmoner (akciğer) fibrozis, hepatik (karaciğer) fibrozis.

MS 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 önerilen ..... tedavisini kabul ediyorum.
- MS hastalığı için önerilen ..... tedavisini kabul etmiyorum.

**Hasta veya Vekili:**

Adres:

Tel No:

Tarih :

İmza:

**Görüşme tanığı:**

Adres:

Tel No:

Tarih:

**Katılımcı ile Görüşen Hekim:**

Adres:

Tel No:

İmza: