



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

## TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ MİTOKSANTRON 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.

### Mitoksantron

Mevcut tedaviye rağmen sık atak geçiren ve doktor tarafından nörolojik bulgularda ilerleyici kötüleşme saptanan "ataklı seyirli" veya "ikincil ilerleme gösteren MS hastalarında kullanılır. MS' de hastalıktan sorumlu bağışıklık hücrelerinin etkinliğini baskılayan aynı zamanda bağışıklık düzenleyici güçlü bir ajandır. Kanser tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Atak sayısında ve beyin MRI lezyonlarında azalma, özürülükte yavaşlama sağlar. FDA(Amerika) ve Avrupa İlaç Denetim Kurumlarınca MS de onay almış ve kullanıma girmiştir.

**Uygulama Şekli:** Uygun görülen tedavi şemasına göre hemşire gözetiminde hastane koşullarında damar içi enjeksiyon yolu ile serum içinde verilir. İlk 3 ay ayda bir, sonrasında 18 ay boyunca 3-4 ayda bir veya 3 ayda bir uygulanmak üzere toplam doz 120-140mg/m<sup>2</sup>(vücut yüzey ölçümüne göre hesaplanır) yi aşmayacak şekilde verilir. Doktorunuzun tedavi şemasına göre kortizonla verilebilir veya MS için kullanmakta olduğunuz deri altı /kas içi enjeksiyon tedavisi devam edebilir. Etkinliğin görülmesi 1-2 ay ile en geç 6-12 ay arasında değişmektedir.

**Her tedavi öncesi :** Tam kan sayımı, böbrek ,karaciğer fonksiyon testleri, kalp performans testleri (EKG, gerektiğinde EKO vb), gebelik testleri yapılacaktır.

**Yan etkiler:** Bulantı-kusma, adet düzensizlikleri, saç dökülmesi, üriner ve solunum sistemi enfeksiyonlarında artış, kemik iliği fonksiyonlarında azalma, karaciğer toksisitesi, doz arttıkça kalp etkilenmesi ve kan kanseri (% 0.23- % 0.8).Tedavi verilişinden 24 saat içinde mavi-yeşil idrar ve dışkı, gözaklarında mavilik olabilir, herhangi bir zararı yoktur.

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:

**Katılımcı ile Görüşen Hekim:**

Adres:

Tel No:

Tarih:

İmza: