

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 kullanılabilir.

Bu grupta yer alan ilaçlar aşağıda belirtilmektedir;

- ✓ Haloperidol
- ✓ Klorpromazin
- ✓ Zyklopentiksöl
- ✓ Klupentiksöl
- ✓ 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, ağız 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 sözel 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.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :

Tarih-Saat : ___/___/____ ___/___

İmza :

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :

Kaşe / İmza :

Tarih / Saat : ___/___/____ ___/___