

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur. hastalığınız nedeniyle ağızdan / damardan steroid (kortizon) tedavisi yapılabileceği doktorunuz tarafından düşünüldü.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Steroid tedavisi ağızdan veya damardan verilecektir: Ağızdan alınan tedavide her gün belirtilen saat veya saatlerde hap(lar)ınızı kendiniz alırsınız. Bu tedavi şeklinde bazen mide ile ilgili şikayetler daha fazla olabilir. Tedavi süresi ise daha uzun olabilir. Daha yüksek doz kullanabilmek ve daha hızlı etki elde etmek için doktorunuz tarafından damar yolu seçilirse, ilacınızı size söylenecek olan kliniğe her gün giderek veya o klinikte yatarak alırsınız. Bir süre sonra yapılacak kontrolünüzde ilacın hangi dozda ve sürede devam ettirileceğine karar verilecektir.

Tedaviye başlanırken bu tedaviyi alıp alamayacağınızı belirlemek için sizi iç hastalıkları uzmanının değerlendirmesi, bazı kan tetkikleri ve akciğer filmi istenebilecektir

3. İşlemden beklenen faydalar

Steroidlerin geniş kullanım alanları olmakla beraber aldığınız tanıya göre gözdeki yangının kontrolü ya da görme keskinliğinde artış beklenen faydalardandır.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahip olmakla birlikte bu tedavinin genellikle azaltılarak günler içinde kesilmesi gerektiğini bilmelisiniz. Bu tedavi azaltılmadan ani bir şekilde kesilecek olursa hastalığınızın nüksetmesi söz konusu olabilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Bu tedaviyi almayı reddettiğiniz takdirde alternatif olarak steroid olmayan anti enflamatuar ilaçlar kullanılabilir. Fakat bunlar genellikle steroide kıyasla daha az etkinliği olan ilaçlardır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

İlaç; mide barsak ülseri, kemik erimesi ve/veya nekrozu, psikiyatrik rahatsızlık, zona-suçiçeği hastalığı, amip-mantar enfeksiyonları, polimiyelit, glokom (göz tansiyonu), diyabet (şeker hastalığı), tüberküloz (verem) hastalığınız varsa zorunluluk olmadığı sürece kullanılmamalıdır. Bağışıklık sistemi zayıf hastaların kullanması önerilmez.

İlaç uzun süre kullanılırsa, deride incelme, yüz ve gövdede sivilce, yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir. Kalp yetmezliği, vücutta su ve tuz tutulumu, yüksek tansiyon, adet düzensizliği, saçlarda incelme, yorgunluk, sinirlilik, psikoz, iştah artışı, ülser, mide kanaması, böbrek taşı, katarakt oluşumu gibi yan etkileri bulunabilmektedir. Bu yan etkiler arasında tedavi aşamasında hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekli durumlar olabilir. Bu durumlarda gerekli uzmanlık dalı hekimlerinin müdahalesi gerekebilecektir.

7. İşlemin tahmini süresi

Tıbbi müdahalenin tahmini süresidk/saat dir.

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Steroid tedavisi ile beraber hekiminizin uygun gördüğü doz ve sürede genel sağlık durumunuza, eşlik eden hastalığınızın olup olmasına göre ek ilaçlar kullanmanız gerekebilecektir. Her ilaç kullanımında olduğu gibi genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir veya ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir

9. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

İlaç kullanmaya başlanacaksa sabah saatlerinde alınmalı ve tuzsuz yemekler yenilmesine dikkat edilmelidir. Yanında mide koruyucu başka bir ilaç almanız önerilecektir. Uzun süre kullanım durumunda kemik erimesini engelleyici ilaç verilebilecektir. Steroid kullanırken kan şekeri ve tansiyon takibi yaptırmanız ve olası yüksekliğinde doktorunuza veya dahiliye uzmanına baş vurmanız uygun olacaktır.

10. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +902362360330) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya nöbetçi doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

11. Hasta Onamı:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Sistemik olarak uygulanması planlanan steroid tedavisinin Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ayrıca girişim esnasında vücudumdan tanı ve tedavi amacı ile çıkarılacak olan doku ve organların tıp biliminin gelişimi için yapılacak çalışmalarda kullanılması amacıyla gerekli yetki ve izni veriyorum. Tıbbi ya da cerrahi müdahale sırasında tedaviyi uygulayacak olan ekip tarafından çekilen fotoğraflar ve video kayıtlarının ve gerekli dokümanların kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydı ile kliniğinizde saklanmasına ve gerektiğinde tıp eğitimine hizmet amacıyla kullanılmasına izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

- 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.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- 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 :
Yakınlık Derecesi:

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 : ___/___/_____/___/___