

### **1-İŞLEM DEN BEKLE NEN FAYDALAR**

Acth Kortizol Uyarı Testi (Synacthen) kortizol hormonu düşük olan hastalarda, böbrek üstü bezinin kortizol üretim fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla yapılır.

Acth 17 Oh Progesteron Uyarı Testi (Synacthen) konjenital adrenal hiperplazi ayırıcı tanısı için yapılır.

### **2-İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

Kortizol eksikliği kişinin yaşamı tehdit eden durumlara yol açabilir. Eğer kortizol hormonu eksikliği şüphesi var ise test ile değerlendirilerek gerekirse hormon yerine koyma (replasman) tedavisi yapılmalıdır.

### **3-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Bu testin alternatifi (tam olmasada) kortizol eksikliği için insulin hipoglisemi testidir. İnsülin hipoglisemi testi hipoglisemiye bağlı komplikasyonlardan dolayı her hastaya uygulanmamaktadır.

### **4-İŞLEMİN RİSKLERİ-KOMPLİKASYONLARI**

Allerjik reaksiyonlara neden olabilir. Nadiren tansiyon yükselmesine yol açabilir. Görmede bulanıklık, baş dönmesi, terleme, çarpıntı, duygu-durum değişikliği, baş ağrısı gibi yan etkiler görülebilir.

### **5-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Acth Kortizol Uyarı Testi günün herhangi bir saatinde yapılabilir, tercihen sabah aç karna yapılır. Bazal kortizol için kan alınır arkasından 250 mcg ACTH damar içine (İV) verilir. 0-30-60-90-120. dakikalarda kortizol için kan alınır ve test sonlandırılır. Kas içine (İM) enjeksiyon yapıldığında ise 0-120-240. dakikalarda kortizol için kan alınır ve test sonlandırılır.

Acth 17 Oh Progesteron Uyarı Testi adet 3-7. günleri arasında sabah aç yapılır. Bazal 17 OH progesteron için kan alınır arkasından 250 mcg ACTH damar içine ( İV) verilir. 0-30-60-90-120. dakikalarda 17 OH progesteron için kan alınır ve test sonlandırılır. Kas içine (İM) enjeksiyon yapıldığında ise 0-120-240. dakikalarda 17 OH progesteron için kan alınır ve test sonlandırılır.

Tahmini test süresi 120-240 dk 'dır.

### **6-KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

Allerjik reaksiyonlara neden olabilir. Nadiren tansiyon yükselmesine yol açabilir. Görmede bulanıklık, baş dönmesi, terleme, çarpıntı, duygu-durum değişikliği, baş ağrısı gibi yan etkiler görülebilir.

### **7-HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR**

- 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 :

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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_/\_\_\_