

### **İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR**

İnsülin tolerans testi kortizol veya büyüme hormonu düşük olan hastalarda hipofiz bezinin ACTH, büyüme hormonu ve böbrek üstü bezinin kortizol üretim fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla yapılır.

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

Büyüme hormonu yetersizliği erişkinde hipoglisemi ve bazı metabolik bozukluklar ile yaşam kalitesini etkileyebilir. Kortizol eksikliği ise kişinin strese verdiği cevabı etkileyerek yaşamı tehdit eden durumlara yol açabilir. Eğer bu hormonların eksikliği şüphesi var ise test ile değerlendirilerek gerekirse hormon yerine koyma tedavisi (replasman) tedavisi yapılmalıdır.

### **3-İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Bu testin alternatifi: hormonal rezervi doğru olarak değerlendirmek için yoktur. Büyüme hormonu için Glukagon testi ve kortizol için ACTH uyarı testi, bu testin uygulanamayacağı durumlarda tercih edilse de aynı sonuçlara ulaşılabilir.

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

Kan şekeri düştüğü sırada halsizlik, yorgunluk, bitkinlik, baş ağrısı, çarpıntı, huzursuzluk, sersemlik hissi olabilir. Bu şikayetler genellikle kendiliğinden düzelir ancak şikayetler devam etmesi halinde damar yolunuzdan kan şekerinizi yükseltici serum verilir. Çok nadiren bayılma, kasılma, nöbet geçirme, kalp krizi olabilir.

### **5-İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Damar yolundan insülin verilerek kan şekeri düşürülür. Bu sırada aralıklı olarak parmak ucundan kan şekeri ölçümü yapılır. Kan şekeri düşüklüğü belirtileri geliştiğinde ve kan şekeriniz 40 mg/dl'nin altına indiğinde, 0-30-60-90-120 dakikalarda kan alınarak kortizol, ACTH ve gereğinde büyüme hormonu için bakılır. Testin tahmini süresi 120-180 dk'dır.

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

Bu testin kalp damar hastalığı olan, daha önceden felç geçiren bireylerde ve epilepsi hastalarında uygulanması sakıncalıdır. Çok nadiren bayılma, kasılma, nöbet geçirme, kalp krizi olabilir.

### **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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_/\_\_\_