

Psikostimulan grubu ilaçlar, çocuk ve gençlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda görülen dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin tedavi amacıyla kullanılabilir. Bu grupta yer alan ilaçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Metilfenidat (kısa etkili form)
- Metilfenidat (uzun etkili form)

Bu ilaçların hepsi beyin ve sinir sisteminde etkilerini gösterirler. Sinir sisteminde iletimi sağlayan maddelerin (özellikle dopamin) düzeylerini yeniden düzenleyerek hastanın 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;

- Uykusuzluk
- İştahsızlık, aşırı olduğu hallerde büyümede duraksama ya da gerileme
- Bulantı, kusma, karın ağrısı
- Baş ağrısı, nöbet eşliğini düşürme,
- Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri
- Duygu urumda değişme, sinirlilik, üzüntü hali, sosyal geri çekilme, nedensiz ağlama
- Tikler
- Yüksek dozlarda; tansiyon yüksekliği, çarpıntı, ateş yüksekliği, yönetim bozukluğu, bellek bozukluğu, psikotik belirtiler, nöbet

Hastanın psikiyatrik sorununun tedavinin ilaç kullanarak yapılmasının 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 ilaçlar ile birlikte ek ilaç kullanılması gereken durumlarda doktora danışmam gerektiği belirtildi.

Yukarıda ilaçlara ilgili tüm bilgileri okudum ve anladım. Gerekli olan yerlerde doktorumdan yeterli sözel açıklamaları da öğrendim. Her ilaç için bekleyen 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 : ___/___/_____ ___/___