



**İNTRAVENÖZ İMMÜN GLOBÜLİN (IVIG) UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: İntravenöz (damar içine) immunglobulin (IVIG) uygulaması

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.



İNTRAVENÖZ İMMÜN GLOBÜLİN (IVIG) UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ:

İlacın uygulanması sırasında / sonrasında yüzde kızarma, tansiyonda değişiklikler, kalp hızında artış, baş ağrısı, bulantı, kas ağrısı, kan pıhtılaşması ve damar tıkanıklığı ile ilgili olaylar, böbrek fonksiyonlarında bozulma gözlemlenmektedir.

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

İntravenöz immün globülin insan kan plazmasından elde edilen bağışıklık sisteminde önemli proteinlerden biridir. Yüksek oranda immün globulin G (IgG) proteini içerir. Bağışıklık sistemini ilgilendirir hastalıklarda insan vücuduna karşı savaşan proteinleri bağlayarak etki eder. Bağışıklık sistemini kontrol etme özellikleri nedeni ile sizin durumunuzda, bağışıklık sisteminin tetiklediği hastalığınız olması nedeni ile kullanılacaktır. İlacın bağışıklık sistemini kontrol etmesi ile hastalık nedeni ile sinir sistemi tutulumunun aktivitesini azaltarak/durdurarak sonuçta kişide daha hızlı bir nörolojik iyileşme sağlanması ile nörolojik sekellerin engellenmesi hedeflenmektedir.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Tedavinin başarı olasılığı hastalığın tipi, hastayı etkileme derecesi ve kişisel ilaç yanıtına göre değişmektedir.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Bağışıklık sisteminin tetiklenmesi ile sinir sistemi etkileşiminin erken ve uzun dönem müdahalesinde seçilebilecek birkaç tedavi yöntemi vardır. Bu tedaviler öncelikli olarak kişinin hastalığına, ayrıca nörolojik durumuna, yandaş hastalıklarına göre seçilmektedir. Sizin hastalığınızda kullanılabilecek tedaviler ile ilgili ayrıntılı bilgiyi doktorunuzdan alabilirsiniz.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

Yan etkiler nadiren de olsa, verilme ilacın verilmesi sonrası da ortaya çıkabileceğinden; ciltte döküntü, göğüste sıkışma, tansiyon düşüklükleri, nefes almakta güçlük yaşayan hastaların bu belirtiler açısından dikkatli olup doktoruna başvurması önerilir.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI:

Sinir sistemi tutulumunun aktivitesini önlemek mümkün olmayıp, hastalık ilerlemesi nedeni ile yeni nörolojik bulgular ortaya çıkabilir. Hastalığın kalıcı hasar bırakması ile sonuçlanabilir.



**İNTRAVENÖZ İMMÜN GLOBÜLİN (IVIG) UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazlar / uygulamalar nedeniyle sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınımlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.



**İNTRAVENÖZ İMMÜN GLOBÜLİN (IVIG) UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ
HASTA ONAM FORMU**

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanması, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr..... nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetisi yok
☐ Acil

ğahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.