



**KORTİKOSTEREOİD KULLANIMI DURUMUNDA
HASTADA GÖRÜLEBİLECEK YAN ETKİ
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	FRB.HD.RB.12
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	1/1

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

..... Hastalığınızdan ötürü size sistemik steroid tedavisi başlanmasını uygun görüyoruz.

Bu tedaviye siz tedavi için uygun koşulları sağladığınız ve tedaviyi kabul etmeniz halinde başlayacağız. Sizin bu tedaviden yararlanmanızı öneriyoruz. Kararınızdan önce aşağıda yazılı olan metni okumanızı ve tedavi hakkında bilgilenmenizi istiyoruz. Bilgileri okuyup anladıktan sonra bu tedaviyi almayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Eğer kabul ederseniz size doktorunuz tarafından **Sistemik Steroid Tedavisi** başlanacaktır.

Tedavi süresince yaşayacağınız problemleri doktorunuzla paylaşmanız uygun olacaktır.

İlaç mide barsak ülseri, kemik erimesi, psikiyatrik rahatsızlıkları, zona-suçiçeği hastalığı, amip-mantar enfeksiyonları, polimiyelit, glokom (göz tansiyonu) gibi rahatsızlıkları olan hastalara önerilmez.

Diyabet (şeker hastalığı), tüberküloz (verem) hastalığınız varsa zorunluluk olmadığı sürece kullanılmamalıdır.

Emziren bayanlar ve hamileliğin ilk 3 ayında olan bayanlar zorunluluk olmadığı sürece bu tedaviyi almamalıdır.

İlaç, deride incelleme, ince damarlarda belirginleşme, sivilce, yüz ve gövdede yağlanma, kas güçsüzlüğü, kemik erimesine neden olabilmektedir.

Bağıışıklık sistemi zayıf hastaların kullanması önerilmez. İlaç kullanmaya başlanacaksa sabah saatlerinde alınmalı ve kullanırken tuzsuz yemekler yenilmesine dikkat edilmelidir.

İlacı kullanırken tansiyon takibi yaptırmanız ve olası yüksekliğinde doktorunuza başvurmanız uygun olacaktır.

Doktorunuzun size önerdiği aralıklarla kontrol muayenelerinizi yaptırmalısınız.

Tedaviden en fazla oranda yarar, en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi reddedebilirsiniz. Tedavi isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

Hastanın Beyanı:

Doktorum tarafından **Özel Konya Farabi Hastanesi KBB (Kulak Burun Boğaz) Polikliniğinde** sistemik steroid tedavisi alabileceğim belirtilerek bu tedavi ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu tedaviyi almam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tedaviyi kabul ediyorum. (El Yazısı ile **“Okudum, Anladım Kabul Ediyorum”** yazılacaktır.

Hekimin Kaşesi ve İmzası

Tarih ve Saat :

**Hastanın / Veli / Vasi Veya Yakınının
Adı, Soyadı ve İmzası:**

Şahidin Adı, Sodayı ve İmzası (Yakınlık Derecesi)