



Tarih: ...../...../.....

## TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ AZATIÖPÜRİN HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hasta Adı-Soyadı:  
Protokol No:.....

Sayın Hastamız,

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

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. İsterseniz sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve belgeler size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi istemeyebilirsiniz.

### AZATIÖPÜRİN

Nöroloji alanında yaygın kullanımı olan MS' de hastalıktan sorumlu T hücrelerinin gelişimini engelleyen bir ilaçtır. Ataklı seyirli MS (RRMS)ve ikincil ilerleyici MS (SPMS) ve Primer-progresif MS te atak sıklığını azaltıcı ve ilerleyici seyri geciktirici etkisi bulunmaktadır.

**Uygulama Şekli:** Ağızdan düşük dozlarda başlanıp 4 haftada 100-150 mg doza ulaşılır. Tedavi başladıktan sonra ilk 3 ay ayda bir sonra 3-6 ayda bir tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri yapılmalıdır. Etkinliğin görülmesi 2-12 ay arasındadır.Tedaviye en fazla 10 yıl devam edilir.

**Yan Etkiler:** İshal, bulantı, karın ağrısı, grip benzeri allerjik reaksiyonlar karaciğer toksisitesi, kemik iliği baskılanması, enfeksiyona meyil, toplam 600 gr üzerindeki dozda veya 10 yıl üzerindeki kullanımda nadir kemik iliği kanseri, cilt kanseri

**Genel olarak dikkat edilmesi gerekenler:** Bu ilaç bağışıklık sisteminin aktivitesini azaltır, enfeksiyonlardan daha kolay etkilenir hale gelirsiniz. Grip soguk algınlığından kaçınmak gerekir. Tedavi bitiminden itibaren en az 6 ay süre ile gebe kalınması sakıncalıdır.

MS konusunda bana (veya hastama) önerilen tedavi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulanış yolu, uygulanış süresi, yapılacak rutin tetkikler, tedavi süresince uyacağı tıbbi kurallar, yan etkiler, riskler, yan etki ve risklerin azaltılmasına yönelik yapılacak işlemler vb) okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Tarafıma yapılan tüm açıklamaları ve bilgileri anlamış bulunmaktayım. Bana önerilen bu tedavinin uygulanması konusundaki kararı, belli bir düşünme süresi sonunda, maddi manevi baskı altında kalmaksızın, tamamen hür irademe dayanarak aldım. İstedğim takdirde yapılacak tedaviyi durdurma ve reddetme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğim takdirde doğacak sonuçlarla ilgili sorumluluklar tarafıma aittir. İmzalı bilgilendirilmiş onay formunun bir kopyası tarafıma verilecektir.

- MS hastalığı için önerilen ..... tedavisini kabul ediyorum.
- MS hastalığı için önerilen ..... tedavisini kabul etmiyorum.

**Hasta veya Vekili:**

Adres:

Tel No:

Tarih :

İmza:

**Katılımcı ile Görüşen Hekim:**

Adres:

Tel No:

**Görüşme tanığı:**

Adres:

Tel No:

Tarih:

İmza:

