



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

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ
MİYASTENİA GRAVIS HASTALARINDA TANI AMACIYLA TENSİLON VE PROSTİGMİN UYGULAMASI
BİLGİLENDİRME 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.

Miyastenia gravis kas güçsüzlüğü yapan bir hastalıktır. Bu hastalığın tanısında damardan tensilon (edrofonium HCl) ve kas içine prostigmin (neostigmin) adı verilen ilaçlar kullanılmaktadır.

Yan Etkiler:

Etki süresi Tensilon için birkaç dakika, prostigmin için 4 saat olan bu ilaçlar kalp hastalarında nadiren ritim bozukluğu ve bayılma yapabilir.

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 özgür irademe dayanarak aldım. İstersem yapılacak tedaviyi durdurma ve sürdürmeme hakkımın saklı olduğu konusunda bilgilendirildim. İşlem yapılmasını kabul etmediğimde doğacak sonuçlarla ilgili sorumlulukları üstleniyorum. İmzalı bilgilendirilmiş onay formunun bir kopyası tarafıma verilecektir.

İlacın etkisini, yan etkilerini bilerek Tensilon ve Prostigmin isimli ilacı kullanmayı/ hastamın kullanmasını kabul ediyorum/etmiyorum.

Hasta veya Hasta Yakını :..... (isim, soyisim, tel, tarih, imza)

Doktor :..... (isim, soyisim, tel, tarih, imza)