



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

**TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ**  
**SİKLOFOSFAMİD (ENDOKSAN) 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.

**Siklofosfamid (Endoksan):**

Bağışıklık sistemi ile ilgili hastalıklarda (romatolojik, vb) ve kanser hastalarında uzun yıllardır kullanılmaktadır. MS de hastalıktan sorumlu bağışıklık hücrelerinin artışı ve etkinliğini engelleyen bir ilaçtır. Mevcut tedaviye rağmen MRI da aktif lezyonu olan, ataklarla birlikte hızlı kötüleşen veya ikincil ilerleme gösteren olgularda yararlı olabilmektedir.

**Uygulama Şekli:** Merkezlere göre değişen farklı tedavi protokolleri mevcuttur. Genellikle ayda bir 800mg/m<sup>2</sup> dozunda, serum içinde sulandırılarak damar içinden verilir. Bazı hastalara 1gr damar içi metilprednizolon (pals tedavi) öncesinde uygulanabilir. Tedavi uygulama süresi hastadan alınan yanıtı göre 6 ay ve 1 yıl arasında değişir.

Hastadan tedavi günü gerek serum ile damardan, gerek ağızdan 3-3.5 lt, takip eden 1-2 gün boyunca 2-2.5 lt sıvı alması istenir.

Mesanenin sık aralıklarla boşaltılması önerilmelidir. İdrar yaptıktan sonra mesanede kalan 100 cc üzerinde ise tedavi günü ve ertesi günü aralıklı veya kalıcı katater uygulanabilir.

**Tedavi öncesi yapılması istenenler:** Tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, akciğer grafisi, batın ultrasonu, ürodinami testleri ( idrar yaptıktan sonra mesane ölçümü), gebelik testi

**Yan etkiler:** Bulantı-kusma (%55-71), geçici alopesi(%40-60) , geçici adet düzensizlikleri(%33), kalıcı kısırlık nadir, idrar torbası etkilenmesi (hemorajik sistit-kanlı idrar kesesi iltihabı)(%7-15), kemik iliği baskılanması, diğer romatolojik hastalıklarda çok yüksek doz uygulama ile malignite (kanser) riski, miyokardit (kalp iltihabı)

MS konusunda bana (veya hastama) önerilen tedavi ile ilgili tüm bilgileri (ilaç etkileri, uygulama yolu, uygulama süresi, yapılacak incelemeler, tedavi süresince uyacağım tıbbi kurallar, yan etkiler, olası olumsuzluklar, yan etki ve olumsuzlukların 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 özgür irademe dayanarak aldım. İstersem yapılacak tedaviyi durdurma ve sürdürmeme 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:

**Görüşme tanığı:**

Adres:

Tel No:

Tarih:

**Katılımcı ile Görüşen Hekim:**

Adres:

Tel No:

İmza: