

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-824 Yayın Tarihi :30.10.2024 Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :1 / 1
	İLAÇ KULLANIMI İÇİN HASTA ONAY FORMU	

Hasta Adı-Soyadı :

Doğum Tarihi :

Tarih :

Protokol No :

Sağlığım ile ilgili olarak yapılan muayene ve tetkiklerimin değerlendirilmesi sonucunda:

- A) Hastalığının tanısının Olduğu, bu hastalığın bağışıklık sistemini ilgilendiren bir hastalık olduğu, bu güne kadar kullandığım ilaçların hastalığının ilerlemesini durduramadığı ve hastalığının hala aktif olarak devam ettiği, bu aşamada..... İlacını kullanmam gerektiği ve kullanmadığım taktirde hastalığının şiddetlenebileceği,
- B) Tedavimde kullanılacak olan bu ilaçların bağışıklık sistemi üzerine ve diğer sistemler üzerine çeşitli yan etkilerinin olduğu ve bu yan etkilerin: tüberküloz, mantar enfeksiyonları ve diğer enfeksiyonlara meyli arttırılabileceği, ilaca karşı alerjik reaksiyonların olabileceği, nadir de olsa demiyelizan hastalık gibi bazı nörolojik hastalıkları, lenf kanseri, solid tümör ve nadir olarak kan kanseri gibi bazı kanserleri arttırılabileceği, nadir de olsa kan değerlerinde düşme yapabileceği, kalp yetmezliğinde yetmezliği arttırılabileceği (tosilizumab tedavisi sırasında komplike divertikülit gelişebileceği) bana anlatılmıştır. İlacın oluşabilecek yan etkilerinin ve etkinliğinin gözlenebilmesi için 3 ay arayla ve gerektiğinde daha kısa sürelerde kontrollere gelmem gerektiği, tedavi sırasında bir sorunla karşılaştığımda doktoruma ulaşabilmek için onu arayabileceğim ve bilgilendirilebileceğim bana bildirilmiştir.
- C) Doktorumca tarafıma açıklanan tüm bilgileri anladım ve gerekli gördüğüm tüm konularda aydınlatıldım. Hiçbir baskı altında kalmaksızın, tamamen kendi irademe dayanarak, istediğim takdirde tedavimi durdurup, vazgeçme hakkım saklı kalmak koşulu ile önerilmiş olan etkin maddeli İsimli ilacı kullanmayı, bu ilacın parenteral kullanımı sırasında oluşabilecek yan etkiler için tıbben gerekli, şahsıma ek girişimde bulunabileceğine dair rıza gösteriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Tanık: Ad-Soyad:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Dr:

Tarih:.....

İmza:.....

*Bu form abatasept, adalimumab, etanerspt, iksekizumab, infliksimab, golimumab, guselkumab, , kanakinumab, risankizumab, sekukinumab, sertolizumab, tosilizumab, ustekinumab, ve bimekizumab, için kullanılmaktadır.

* Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Meydana gelen herhangi bir yan etkiyi raporlayarak yardımcı olabilirsiniz. Kullanma talimatında yer alan veya almayan herhangi bir yan etki meydana gelmesi durumunda hekiminiz,eczacınız beya hemşireniz ile konuşunuz. Ayrıca karşılaştığınız yan etkileri www.titck.gov.tr. Sitesinde yer alan 'İlaç Yan Etki Bildirim' ikonuna tıklayarak ya da 0 800 314 00 08 numaralı yan etki bildirim hattını arayarak Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne ve/veya ilgili firma yetkilisine bildiriniz. Meydana gelen yan etkileri bildirerek kullanmakta olduğunuz ilacın güvenliliği hakkında daha fazla bilgi edinilmesine katkı sağlamış olacaksınız.