

## HASTA BİLGİ VE ONAM FORMU (uzun süreli ilaç kullanımı için)

Aşağıda imzası olan ben/vekili olduğum hasta

.....'a..... hastalığı tanısı konmuştur. Hastalığı tedavi etmek amacıyla;

- 1-.....tedavisi uygulanması gerektiği
- 2- Bu tedavinin ..... (ay/yıl) sürebileceği,
- 3- Tedavi sırasında, başta karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının olmak üzere yan etkiler, açısından doktorum tarafından yakın takibe alınacağı,
- 4- .....adlı ilacın ..... dozunda kullanılacağı,
- 5- Kullandığım ilacın bilinen ve prospektüsünde yer alan yan etkilerin yanı sıra dışı ve öngörülmeyen yan etkilerinin de oluşabileceği, ancak yakın takip ve kontrolde olmam nedeniyle kısa sürede müdahale edilebileceği,
- 6- Önerilen tedavinin sonuçları hakkında bir garantinin olmadığı konusunda bilgilendirildim.
- 7- Hastalığının tedaviyi kabul etmemem durumunda yaygınlaşabileceği, kronikleşebileceği ya da bazı vücut sistemlerimi etkileyebileceği ve diğer tedavilere yanıtlımı güçleştirebileceği anlatıldı.
- 8- Aldığım bilgiler sonucu doktorumun bana/vekili olduğum hastaya ilacı uygulamasına yetki veriyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Hastanın İmzası:

Doktor:

(veya ebeveyni/yasal temsilcisi)

Tanık