**EK-3E**

**ANAKİNRA KULLANIMI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA OLUR FORMU**

Sağlığım ile ilgili olarak yapılan muayene ve tetkiklerimin değerlendirilmesi sonucunda:

A) Hastalığımın tanısının …………………………………………………...olduğu, bu hastalığın bağışıklık sistemini ilgilendiren bir hastalık olduğu, bu güne kadar kullandığım ilaçların hastalığımın ilerlemesini durduramadığı ve hastalığımın hala aktif olarak devam ettiği, bu aşamada………….………………. ilacını kullanmam gerektiği ve kullanmadığım takdirde hastalığımın 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 arttırabileceği, ilaca karşı alerjik reaksiyonların olabileceği, nadir de olsa lenf kanserini artırabileceği, kan değerlerinde düşme yapabileceği 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……………….………..isimli ilacı kullanmayı, bu ilacın parenteral kullanımı sırasında oluşabilecek yan etkiler için tıbben gerekli, şahsıma ek girişimde bulunulabileceğine dair rıza gösteriyorum.

Hastanın Adı Soyadı: Tanık Adı Soyadı:

Tarih: Tarih:

Telefon: Telefon:

İmza: İmza:

Dr. Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon:

İmza: