**RİSDİPLAM BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA OLUR FORMU**

Sağlığım ile ilgili yapılan muayene ve tetkiklerimin değerlendirilmesi sonucunda, doktorum …………………………………………………………………. tarafından,

1. Hastalığımın tanısının “İnfantil/Kalıtsal Spinal Müsküler Atrofi, Tip 1/2/3” olduğu, bu hastalığın genetik kökenli ilerleyici nöromüsküler bir hastalık olduğu, bu güne kadar kullandığım ilaca ………………………………………….......................................... nedeniyle devam edemeyeceğimi ve bu yüzden, bu aşamada “risdiplam” etkin maddeli ilacı kullanmam gerektiği ve kullanmadığım takdirde hastalığımın şiddetlenebileceği,
2. “Risdiplam” etkin maddeli ilaç tedavisine onay almam durumunda daha önceden .….. doz kullandığım “nusinersen sodyum” etkin maddeli ilaç tedavisinin sonlandırılacağı tarafıma anlatılmıştır.
3. Tedavimde kullanılacak olan risdiplam etkin maddeli ilacın çeşitli yan etkilerinin olduğu ve bu yan etkilerin ateş, ishal, üst solunum yolu enfeksiyonu, zatürre, kabızlık ve kusma olabileceği bana anlatılmıştır. İlacın oluşabilecek yan etkilerinin ve etkililiğinin gözlenebilmesi için doktorum tarafından belirlenen aralıklarla düzenli olarak ve gerektiğinde daha kısa sürelerde kontrollere gitmem gerektiği, tedavi sırasında bir sorunla karşılaştığımda doktoruma ulaşabilmek için onu arayabileceğim ve bilgilendirilebileceğim bana bildirilmiştir.
4. 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 risdiplam etkin maddeli ilacı kullanmayı, bu ilacın oral kullanımı sırasında oluşabilecek yan etkiler için tıbben, şahsıma ek girişimde bulunabileceğine dair rıza gösteriyorum.

**Hasta/Hasta Yakının:**

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Tarih:

İmza: