**EK-1**

**YURT DIŞINDAN TEMİN EDİLECEK İLAÇLAR İÇİN**

**B**İ**LG**İ**LEND**İ**R**İ**LM**İŞ **HASTA OLUR FORMU**

Doktor …………………………………………………………………. tarafından bana ………………….…………………………………... teşhisi konulmuş olup, bu hastalıkla ilgili ülkemizde ruhsatlı ilaçlarla yapılabilecek mevcut tüm tedavi seçeneklerinin bana uygulandığı, mevcut durumda …………………………………………... etkin maddeli ilacın tedavi için tek seçenek olduğu tarafıma bildirilmiştir.

Konuya ilişkin;

a) Yurt dışından temin edilecek bu ilacın üretim yerlerinin Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yapılan GMP denetimine ve ilacın kalite kontrolüne yönelik analiz süreçlerine dolayısıyla ruhsatlandırma ve kalite kontrol süreçlerine tabi olmayabileceği konusunda bilgilendirildim.

b) İlacın kullanımını gerektiren hastalığımın önemi de dikkate alınarak verilecek tedavi ile ortaya çıkabilecek tüm olası yan etkiler hakkında hekim tarafından bilgilendirildim.

Olası Yan etkiler: ……………………………………………………………………….

c) 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 konusunda bilgilendirildim.

d) 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 ilacı kullanmayı ve bu ilacın kullanımı sırasında oluşabilecek tüm yan etkileri kabul ediyorum.

**Hastanın: Doktorun :**

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

İmza: İmza:

Tarih: Tarih: