



## RADYOLOJİ ONAM (KONTRASLI TETKİKLER) VE HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.05
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	2/1

**Size .....amacıyla.....isimli kontrast madde, gerekli görülürse, kullanılarak..... tetkiki yapılacaktır.**

**Kontrast maddeye bağlı riskler: kontrast madde kullanılarak yapılan tüm tetkiklerin ortak riskleri şunlardır;**

▪ X- ışının doğmamış olan çocuğunuza (fetüse) olan zararlı etkileri nedeni ile hamile olan bayanlar bu tetkike giremez. Hamile veya olma olasılığı mevcut olanların sorumlulara bildirmesi zorunludur.

▪ Damarlardan (intravenöz) ilaç verilerek yapılan radyolojik tetkiklerde kullanılan görüntülemeyi sağlayan ilaç'a (iyotlu kontrast madde) bağlı istenmeyen yan etki (allerjik reaksiyon) gelişebilir. Bu sıklıkla hafif kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı, kusma veya daha az sıklıkla şiddetli hipotansiyon, nefes darlığı, şok, organ yetmezliği gibi olabilir. Bunların çoğu anında acil müdahale ile giderilebilir. Nadiren uygun önlemlere karşın istenmeyen ağır sonuçlar gelişebilir.

▪ Kullanılan ilaca bağlı yan etkinin (Allerjik reaksiyonun) önceden belirlenebilmesi için bir test mevcut değildir.

▪ **Bilinen allerjik hastalığı (astım, ilaç, gıda ve polen allerjisi gibi) olanların ve daha önce kontrast maddeye karşı allerjisi gelişenlerin radyoloji ekibine bu durumu haber vermeleri gerekmektedir. Bu hastalara işlem öncesi koruyucu ilaçlar verilerek (premedikasyon ile) tetkik yapılabilir. Ancak bu da reaksiyon gelişmeyeceği konusunda garanti değildir.**

▪ Sonda takılarak yapılan 'Voiding Sistoüretrografi' gibi tetkiklerde sonda tatbikine bağlı daha çok erkek çocuklarda kısa süreli ve geçici işemede zorlanma, yanma, ağrı yakınmaları ile nadiren üriner enfeksiyon gelişebilir.

(Varsa) Hastaya özel

riskler:.....

(Varsa) Hasta tarafından istenen ek

bilgiler:.....

Tetkik sonucunda elde edilen bilgiler doktorunuza bildirilecektir.

Aşağıda imzası bulunan doktor bana amaçlanan teşhis amaçlı tetkiklerin neden gerektiği , özellikleri içerdiği riskleri, işlem esnasında oluşabilecek istenmeyen problemleri ve işlem sonrasında oluşabilecek problemleri açıkladı.

Ayrıca doktorum ile teşhis amaçlı tetkikin alternatiflerini ,risklerini ve tetkiki yaptırmamam durumunda gelişebilecek olayları tartıştık, değerlendirdik. İşlem esnasında kullanılacak ilaçların allerjik reaksiyonlara neden olabileceği riskleri ve sonuçları tarafıma anlatıldı.

İzni geri çekme hakkımın bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülmemen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı

(Sadece kadın hastalar için) Teşhis amaçlı tetkik esnasındaki kullanılacak ilaçların, X-Işınının (radyasyonun) teşhis amaçlı tetkiklerin doğmamış çocuk üzerindeki etkileri ve riskleri tarafıma anlatıldı . Şu anda hamile olmadığımı beyan ediyorum.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. Yapılacak teşhis amaçlı tetkik ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim tüm konularla ilgili soru sormam için gerekli fırsat ve süre verildi. Bu konuda tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu teşhis amaçlı tetkiklerin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığı tarafıma anlatıldı.

Yapılacak olan teşhis amaçlı tetkiklerin ne tür riskler taşıdığını ve bu işlemler esnasında kullanılacak ilaçların istenmeyen yan etkilerin olabileceğini anladım. Bana verilen bilgiler ışığında hiçbir baskı altında kalmadan, kendi arzum ve irademle yapılacak olan teşhis amaçlı tetkiki kabul ediyorum. Ayrıca teşhis amaçlı tetkiklerimin eğitim yada sunum amaçlı olarak kimlik bilgilerim saklı kalmak kaydı ile yayınlanmasına fotoğraf ,video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum

Aşağıda bulunan imzam bu formda bulunan tüm bilgileri okuduğumu ve anladığımı teyit etmektedir. Bu Bu onam belgesinde bulunan tüm boşluklar imzalamadan önce doldurulmuştur.



**RADYOLOJİ ONAM (KONTRASLI  
TETKİKLER) VE HASTA  
BİLGİLENDİRME FORMU**

Dokuman No:	YÖN.RB.05
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	2/2

Tarih:...../...../..... Saat:

<b>HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE</b>	<b>HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;</b>
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:.....  Adresi .....  Tel.No:.....  İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:.....  Adresi. ....  Tel.No:.....  İmza:
<b>Doktor</b>  Adı Soyadı:.....  İmza:	<b>Doktor</b>  Adı Soyadı:.....  İmza:
<b>Şahit**</b>  Adı Soyadı:.....  İmza:	<b>Şahit**</b>  Adı Soyadı:.....  İmza: