Hastanın Adı Soyadı:

Tıbbi Tanı:

Protokol No:

Tedavi Eden Hekimin Adı Soyadı,İmzası: Tarih/Saat:

Tetkik:

Sayın Hastamız;

> Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size tavsiye edilen tıbbi, cerrahi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi

sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalelerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine sizin kararınıza bağlıdır.

> Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak veya endişelendirmek değildir. Amacımız sağlığınızla ilgili konularda sizi daha iyi

bilgilendirmek ve kendinizle ilgili olan bu kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

> Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi, ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları,

riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetme, kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurma hakkına sahipsiniz.

> Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu

uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede, sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BU RIZA BELGESİ 2(İKİ) NÜSHA HAZIRLANMIŞ OLUP BİR NÜSHASI HASTA VEYA HASTA YAKININA VERİLECEKTİR.

Önerilen tedavinin içeriği (uygulanacak tanı ve tedavi yöntemleri)

İyotlu kontrast maddelerin intravenöz yolla (damardan) enjeksiyonu sonrası, belli zaman aralıkları ile seri grafilerin alınması ile böbrek fonksiyonlarının, toplayıcı sistemlerinin ve tüm üriner sistemin görüntülenmesi amacına yönelik yapılan tetkiktir. Randevu gereklidir.

İşlemden/tedaviden beklenen faydalar

Vücudumuzu oluşturan organların yapılarının ve yapısal bozukluklarının detaylı olarak ortaya konmasıdır. Bu bilgiler kullanılarak hastamızın teşhisi kolaylaşabilir ve teşhise göre uygun tedavinin seçilmesi ve tedavinin izlemi mümkün olabilir.

İşlemin/tedavinin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Muayene olduğunuz doktorunuzun onayı ile işlemi yaptırmaktan vazgeçerseniz teşhis ve tedavi süreci gecikebilir.

Önerilen işlemin/tedavinin varsa alternatifleri

Bazı durumlarda Bilgisayarlı Tomografi yerine Manyetik Rezonans , Ultrasonografi ve direkt grafi (röntgen)gibi başka Radyolojik incelemelerden de yararlanılabilir. Bununla birlikte belirtilen diğer yöntemlerin sizin için uygun olup olmadığına ancak Uzman Hekimler karar verebilir.

İşlemin tahmini süresi

İşlem ortalama 4-5 dk sürmektedir.

İşlemin Riskleri – Komplikasyonları

Bilgisayarlı Tomografi için damardan enjeksiyon yolu ile kontrast madde (boyalı ilaç) verilir. Kontrastlı çekimler ilaçların etkin bir şekilde uygulanabilmesi için yapılır. Bu ilaçlar sadece damar yolu ile verilir. Kanser hastalarında, yaşlılarda, kilolu hastalarda ve benzeri kişilerde damar yolu bulunmasında zorluklar yaşanabilir. Kontrast madde kullanımı damar içi yöntemiyle yapılacağından dolayı, maddenin belirli bir hızda verilmesi gerektiğinden damar yolunda şişme, morarma, tekrar damar yolu açma gibi sorunlar oluşabilir. İntravenöz (damar içine) kontrast madde verilmesi gereken radyolojik incelemelerde (İntravenöz Ürografi, Bilgisayarlı Tomografi gibi) bulantı hissi, kolda yanma, ciltte kabarma-kızarıklık-kaşıntı, ödem gibi basit cilt reaksiyonları ya da oldukça nadiren (on binde bir ila beş, 1-5/10.000) ciddi şekilde hayatı tehdit edici (boğulma, şok tablosu gibi) ve önceden tahmin edilmeyen alerjik reaksiyonlar görülebilmektedir. Diyaliz hastaları durumlarını çekim öncesinde teknisyene bildirmelidir. Kontrast madde kullanılan çekimlerden sonra 30 dk süresinde hasta gözlem altında tutulur. Bu sırada çekime bağlı herhangi bir rahatsızlık duyarsanız durumu tarafımıza bildiriniz.

• Daha önce BT görüntüleme yapıldı mı? Evet Hayır

• Daha önce uygulanan BT sırasında kontrast madde kullanıldı mı ve reaksiyon oluştu mu? Evet Hayır

• İlaç, iyot vb maddelere alerjiniz var mı? Evet Hayır

• Hiç ameliyat oldunuz mu? Evet Hayır

• Yanıtınız „evet“ ise hangi bölgeden ameliyat geçirdiniz? . . . . . .

• Astım atağı geçirdiniz mi? Evet Hayır

• Herhangi bir böbrek rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır

• Önceden geçirilen travma / kaza var mı? Evet Hayır

• Hamile veya hamilelik şüpheniz var mı? Evet Hayır

İşlemin kim tarafından yapılacağı

İşlem, çekiminiz radyoloji teknikeri tarafından yapılmaktadır.

Ek Notlar

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

• Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.

• Hekimim kafama takılan sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.

• Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.

• Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.

• Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.

• Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.

• Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.

• Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.

• Tedavi olmadığımda ne olabileceğini biliyorum.

• “Aydınlatılmış Onam Formu”nun ne anlama geldiğini biliyorum.

• İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu

değişikliklerden hekimim haberdar oldu.

• Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.

• Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.

• İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak aşağıdaki belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum."yazınız.

ONAY VERDİĞİM BU RIZA BELGESİNİN BİR NÜSHASINI ELDEN TESLİM ALDIM	
Hastanın bilinci Açık ise;	**Hasta 18 yaşın altında, kısıtlı veya bilinci kapalı ve yanında Yasal Temsilcisi var ise;**
Hastanın; Tarih/Saat:...../.../.... ....:.... Adı Soyadı: İmza:	**Yasal Temsilci * (Vasi) veya Velinin; Tarih/Saat:...../.../.... ....:....** Adı Soyadı: İmza: Adı Soyadı: İmza:
Sağlık Personelinin; Tarih/Saat:...../.../.... ....:.... Adı Soyadı: İmza:	**Sağlık Personelinin; Tarih/Saat:...../.../.... ....:....** Adı Soyadı: İmza:

***Yasal Temsilci:** Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için Anne-Baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

NOT: 18 yaşın altında bulunan hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :
Adı Soyadı: Adresi: Telefon Numarası: *Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.* İmza: Tarih / Saat: