Tarih---/-----/-------- Protokol---------- Yaş---------- Boy ---------- Kilo ----------

Adı ve Soyadı---------- Doğum Tarihi----------

Adres ---------- Tel (ev)----------

---------- Tel (iş)----------

BT/BTA çekimi için neden ve /veya semptomlar ----------

Gönderen doktor ---------- Telefon ----------

1.Daha önce operasyon (karın, sinüs, beyin, kalp ameliyatı , artroskopi,endoskopi vs.) geçirdiniz mi?

□Evet □ Hayır Cevabınız ' Evet' ise operasyon tarihini ve tipini yazınız.

Tarih ----------/--------/--------- Operasyon tipi ----------

Tarih ----------/--------/--------- Operasyon tipi ----------

2.Daha önce size görüntüleme tetkiki (BT, MR, Anjiografi, Ultrasyon, Direkt Grafi, vs.) yapıldı mı?

□Evet □ Hayır Cevabınız 'Evet' ise doldurunuz :

Edilen Vücut Bölümü	Tarih	Sonuç
BT/BTA ----------	-------/---------/-------	----------
MR/MRA----------	------/---------/-------	----------
PET-BT----------	------/---------/-------	----------
Direkt Grafi----------	-------/---------/-------	----------
Ultrason ----------	------/---------/-------	---------- ---
Nükleer Tıp ----------	------/---------/---------	----------
Diğer----------	-----/---------/----------	----------

3.Daha önce hiç BT çekimi nedeni ile problem yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

4.Vücudunuzun her hangi bir yerinde görüntü kalitesini bozacak veya engelleyecek bir obje var mı?
□Evet □ Hayır

Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız----------

5.Yakın zamanda medikal tedavi aldınız mı veya şu anda almakta mısınız? □Evet □ Hayır Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

6.Herhangi bir ilaca alerjiniz var mı? □Evet □ Hayır Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

7.Astım,alerjik reaksiyon, solunum yolu hastalığınız veya BT, MR ve ilaçlı röntgen çekiminde kullanılan kontrast maddelere karşı alerji hikayeniz var mı ? □ Evet □ Hayır

Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

8.Anemi veya kan hastalığınız , böbrek hastalığınız var mı? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

9.Daha önce geçirmiş olduğunuz operasyonlar veya vücudunuza yerleştirilmiş tıbbi amaçlı protez ve cisimler var mı? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız ----------

BAYAN HASTALAR İÇİN:

10.son adet tarihi:.../..../... **Menapoza girdiniz mi?** ☐**Evet** ☐ **Hayır**

11.Gebemisiniz veya adetiniz gecikti mi? ☐**Evet** ☐ **Hayır**

12.Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz veya hormon tedavisi alıyor musunuz? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

13.Kısırlık tadavisi gördünüz mü? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

14.Emziriyor musunuz? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

TANI /İŞLEMİN TANIMI: İyotlu Kontrast maddelerin damar içine 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. Hasta işlemden 24 saat öncesinden itibaren posa bırakan lifli gıdalar (kabuklu) kızarmış yiyecekler ve et **yememelidir**.Tanesiz çorba içerisinde pulpası (meyve özü) olmayan meyve suyu, şekersiz soda, şekersiz ve sütsüz kahve yada çay **içebilir**. Özellikle süt ve kremalı içecekler ile gaz yapıcı içecekler içilmemelidir. Bol su önerilir. (örneğin her saatte bir bardak su içmek gibi) Hasta film çekilmeden önceki gün barsak temizliğinin sağlanması için Doktorun yazmış olduğu barsak temizleyici ilacı (mushil) akşam hafif yemek yedikten sonra **saat 20:00** da içmesi gerekmektedir.**ilaç içiminden film çekme işlemlerinin bitimine kadar geçen sürede hiçbir şeyin yenilip içilmemesi gerekmektedir.** Sabah barsakların temizlenmiş ve aç olarak randevu saatinde gelmelidir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI:.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Üriner sistem ile ilgili hastalıklarda tanıda faydalıdır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Üriner sistem hastalıklarının tanısında gecikmeler olabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: İstenen klinik durama gore alternative radyolojik tetkikler çekilebilir.Gerekli durumlarda hasta veya hasta yakını istem yapan klinik doktoruna danışabilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

İVP' nin en sık rastlanan yan etkisi hafif bir sıcaklık yada üşüme hissidir.Dilinizde mekanik bir tat hissedebilirsiniz abdominal rahatsızlık / ağrı son derece nadirdir ve bulantı ya da kusma gibi gastrointestinal reaksiyonlar daha az görülür. Solunum güçlüğü, kızarıklık, kaşıntı gibi aşırı duyarlık reaksiyonları kontrast maddenin enjeksiyonundan hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi birkaç gün sonra da ortaya çıkabilir. Hava yolu spazmı, akciğerde su toplanması anafilaktik şok gibi ciddi durumlar çok nadirdir. İyot alerjisi,gebelik, akut böbrek yetmezliği,üremi.

İşlem Sonrası Bilgiler : Hasta normal günlük aktivitesini devam edebilir. çekilen filmler hasta / hasta yakınına teslim edilir. Hasta inceleme sonrasında günlük olarak kısıtlayıcı bir neden söz konusu değilse bol sıvı alması önerilir.

Uyarılar: Tetkik esnasında X ışını kullanıldığından hamile yada hamile olma olasılığı bulunanlar için İVP çekimi zararlıdır. Böyle bir durum varsa çekimden önce Doktorunuzu yada radyoloji teknisyenini bilgilendiriniz. Troid hastalıkları (guatr ,vb) bulunan şahısların kendilerini takip eden doktorlarından İVP çekimi için izin almaları gerekmektedir. İlaç alerjiniz varsa yada daha önce damar içi ilaç kullanarak tetkik yaptırdığınızda yan etkisi ile karşılaştıysanız kendi sağlığınız açısında doktorunuzu lütfen bilgilendirin. Daha önce kullanılan kontrast maddeye

reaksiyon gelişmişse kişi herhangi bir alerjene karşı düzenli bir ilaç kullanıyorsa yada astım hastalığı varsa premedikasyon uygulanması gerekebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İstenen tetkiklere göre 10-15 dakika arasında değişebilir.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını: ▭ KABUL EDİYORUM. ▭ KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "3 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)