Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın Hasta / Hasta Yakın Aşağıdaki açıklamalar size yapılacak işlemler hakkında bilgi verecektir. Sizinle sizin için en uygun olan tedavi yöntemi görüşülecek ve planlanan girişimin riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı açıklama yapılacaktır. Bilgilendirmeyi takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı onayınız alınacaktır. Bu formu lütfen dikkatli okuyun. Sormak istediğiniz başka hususlar varsa doktorunuza sorun.

1. İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK:

Radyolojik görüntüleme işlemi radyoloji teknisyenleri tarafından yapılacaktır.

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

4. İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME:

Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çeklimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçir. Eğer çekimin yapılması zorunlu ise çekilecek film sayısı kısıtlanır veya florskopi zamanı mümkün olduğunca kısa tutulur. Karın kısmının örtülebilen her yeri kurşun örtüyle korunur. Daha sonra fetal dozun hesaplanabilmesi için kullanılan x-ışını parametrelerinin (radyografi için kvp, mAs, ışınlama alanı ve florskopi için ortalama kvp, ışınlama süresi, ışınlama alanı) kayıtları tutulur.

5. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Hasta, alacağı radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir. Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetüsün maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür. Fetüsün aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez. Ancak fetal dozun 150 mg'ın üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

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

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

***10.* VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:**

6. HASTA/HASTA YAKINI BEYANI:

Yukarıda yazılanların tamamını okudum. Tüm sorularıma cevap ve gerekli bilgiyi aldım. Bu

Böyle bir durumda, incelemeyi yapan hekim, incelemenin yapıldığı merkez ve çalışanların sorumluluğu olmadığını, bunların belli bir orandaki hastada rastlanabilecek komplikasyonlar olduğunu kabul ediyorum. Bana intravenöz (damar içi) iyotlu kontrast madde yapılmasını, tüm risklerinin olası komplikasyonda yapılacak tıbbi müdahaleyi bilerek kabul ediyorum.

6.1. Eğer izin vermiyorsanız lütfen verilen boşluğa el yazınızla **"okudum, anladım; radyolojik çekime- İZİN VERMİYORUM"** yazınız:

.....

6.2. Eğer izin veriyorsanız lütfen verilen boşluğa el yazınızla **"okudum, anladım; önerilen radyolojik çekime - İZİN VERİYORUM"** yazınız:

.....

Tarih: ...../...../20.... Saat: ..... : .....

Hastanın Adı-Soyadı:..... **İmza:**.....

• 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,

• 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,

• Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulur;

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, gelişebilecek komplikasyonlar, umulan/umulmayan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

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

ÇEKİMİ YAPAN TEKNİSYEN: ADI-SOYADI ..... İMZASI :.....

RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/:.....

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da çekimi yapan teknisyen tarafından arşivlenecektir.