Eğer kalp yetmezliği, alerjik astım, diyabet(şeker hastalığı), böbrek yetmezliği, böbrek üstü bez tümörü, guatr, kan yada kemik iliği hastalıklarından birine sahipseniz lütfen tetkik öncesinde belirtiniz.

İlaç alerjiniz varsa ya da damar içi ilaç kullanılarak tetkik yaptırdığınızda alerjik yan etki ile karşılaştıysanız kendi sağlığınız açısından doktorunuzu lütfen bilgilendirin.Tetkikinizin teşhis kalitesini arttırmak için mutlaka damar içi kullanılması gereken farklı isimdeki tüm ilaçlar iyot içermektedirler.İyot içeren ilaçların damar içi kullanımında nadiren de olsa alerji gelişebilir.Çoğu zaman geçici bir şekilde seyir etseler de çok nadiren de olsa **hayatı risk arz edebilir**. Damar içi ilaç kullanılmasına bağlı olası teşhis yetersizliğine ait sorumluluğu üstlenip ilaç kullanımını istemediğinizi belirtebilirsiniz.

Tetkik esnasında X-ışını kullanıldığından, **hamileler için sakıncalıdır.** Hamilelik durumu veya şüphesi varsa doktorunuza bildiriniz.

Radyasyon miktarı çok az ve karın bölgesine çok yakın değilse de gelişmekte olan bebeğin ışın almasını önlemek için mutlaka kurşun önlük kullanılması gerekir.Yine de ilk 3 ay film çekinmesinden kaçınmak gerekir.

Riskler: Doğum kusurları, büyüme geriliği, yada anne karnında ölüm.

Aşağıda atacağınız imza yukarıdaki bilgileri okuyup anladığınız ve sonrasında tetkiki yaptırmaya karar verdiğiniz anlamını taşımaktadır

( ) Laboratuvar tetkikleri grafi için uygun sınırlardadır.

Bilgi veren personel:	Hasta yada hasta yakınının:	Yapılan tetkik:	Tarih:...../...../.....
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	.....	
İmza:	Yakınlık Derecesi:	.....	Saat:.....:.....
	İmza:		