HASTA ADI/SOYADI: **PROTOKOL NO:**
DOĞUM TARİHİ: **TETKİKİ İSTEYEN BİRİM:**
CİNSİYET: **İSTENEN TETKİK:**
TANI: **KULLANILAN DOZ MİKTARI:**

Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çekimi gerekiyorsa hastanın sorumlu hekimi durumu tekrar gözden geçirir. Eğer çekimin yapılması zorunlu ve acil ise çekilecek film sayısı kısıtlanır veya floroskopi 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. Hasta, alacağı radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir. Hastaya gerekli önerilerde bulunabilmek için aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulur.

Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetusun maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür. Fetusun aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez. Ancak fetal dozun 150 mGY'in üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

HAMİLELERDE RADYOGRAFİ ALINMASI; Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz, doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroit koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

Yukarıda yazılanların tamamını okudum. Tüm sorularıma cevap ve gerekli bilgiyi aldım. Bu komplikasyonlardan birinin gelişme olasılığı ve yapacaklarım hakkında bana ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca ilgili doktorum bana yapılan bu girişimi ret etme hakkım olduğunu da ifade etti.

Böyle bir durumda, incelemeyi yapan hekim, incelemenin yapıldığı merkez ve çalışanların sorumluluğu olmadığını, bunların belli bir orandaki hastada rastlanabilecek komplikasyonlar olduğunu kabul ediyorum.

İşlemin tahmini süresi:……

Lütfen kendi el yazınızla ***"okudum anladım, bir nüshasını elden telsim aldım yazınız***

……

HASTANIN ADI-SOYADI:	**VASİ/YAKINI ADI-SOYADI:**	**TANIK ADI-SOYADI:**
TARİH/Saat:	**TARiH/Saat:**	**TARİH/Saat:**
İMZA:	**İMZA:**	**İMZA:**

Ben "Rıza Belgesi" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ UYGULAYACAKLAR:
HEKİMİN ADI-SOYADI: PERSONEL/ADI/SOYADI:
TARİH/Saat: TARİH/Saat:

İMZA: İMZA: