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.

Yapılacak işlem:

1. MR vücudunuzun görüntülerinin elde edilmesini sağlayan çok gelişmiş bir cihazdır. MR cihazının esas üstünlüğü röntgen ve BT‟de kullanılan zararlı ışınlara (X ışınları) ihtiyaç duymamasıdır.

2. MR cihazı gerçekte büyük ve güçlü bir mıknatısdır. Bu nedenle bu cihazın içine girecek hastalar ve gerekirse cihazın yakınında duracak refakatçilerin üstlerinde bu mıknatıs tarafından çekilecek anahtar, kalem, silah, küpe, kolye gibi metal cisimler; mıknatıs tarafından bozulacak saat, kredi kartı, cep telefonu gibi elektronik/manyetik cihazlar; hastaların vücutlarında mıknatıs tarafından yerinden oynatılacak ve ısıtılacak protez, yabancı cisim (metal kıymıklar, şarapnel parçaları gibi), ve çalışmaları etkilenecek elektromanyetik cihazlar (kalp pilleri, kalp kapakçıkları, yapay kulak gibi) bulunamaz.

3. Üstünüzde ya da vücudunuzda MR tarafından etkilenebilecek herhangi bir metal ya da elektronik cisim varsa ya da böyle cisimlerin varlığından şüpheleniyorsanız bunu MR çekim odasına girmeden MR teknisyenine mutlaka bildiriniz. Eğer vücudunuzda metal ya da elektronik protezler varsa bunların MR uyumlu olduğuna dair doktorunuzdan resmi bir yazı getirmeniz gerekmektedir. İnceleme esnasında asla hareket edilmemelidir. Küçük bir hareket bile tüm görüntülerin bozulmasına yol açabilir. Cihaz içinde çok güçlü sesler duyacaksınız. Bunlar cihazın normal sesidir. Güvenliğiniz için tüm inceleme boyunca dışarıdan personelimizce izleneceksiniz.

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

MR cihazının esas üstünlüğü röntgen ve BT"de kullanılan zararlı ışınlara (X ışınları) ihtiyaç duymamasıdır.

İşlemin/tedavinin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Teşhis ve tedavi süreci gecikebilir.

Önerilen işlemin/tedavinin varsa alternatifleri

MR radyolojik görüntüleme yöntemleri arasında yumuşak dokulara yönelik en ileri tetkiktir. Alternatif görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır.

İşlemin tahmini süresi

Randevu saatinden 30 dk önce MR"a geliniz. Bununla birlikte sizden önceki hastaların incelemesi bazen uzun sürebilir veya acil hastalar sizden önce çekime alınabilir. Çekiminiz 10–45 dakika sürebilir.

İşlemin Riskleri – Komplikasyonları

Hastalığınızın cinsine göre size damar yolu ile bir boya maddesi (kontrast madde) verilebilir. Bu madde nadiren bazı hastalarda alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Belirtilen reaksiyonlar çok nadiren ölümle sonuçlanabilen anaflaksi şeklinde de gerçekleşebilir.Yine nadiren baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, tat ve koku duyularında sapma, genel ısınma hissi, öksürük ve solunum hızında geçici düzensizlik görülebilir. Ayrıca enjeksiyon yerinde lokal basınç hissi, kızarıklık ve ağrı yapabilir.

Kontrastlı çekimler, ilaçların etkin bir şekilde, damar yolu ile verilmesi şeklinde uygulanır. Kanser hastalarında, yaşlılarda, kilolu hastalarda ve benzeri kişilerde damar yolu bulunmasında zorluklar yaşanabilir. Kontrast madde kullanımı damar içi yöntemiyle yapılacağından, maddenin belirli bir hızda verilmesi sonucunda damar yolunda şişme, morarma, tekrar damar yolu açma gibi sorunlar oluşabilir.

Diyaliz hastaları, hamileler, emziren kadınlar bu durumlarını çekim öncesinde teknisyene bildirmelidir.

• Hiç ameliyat oldunuz mu? Evet □ Hayır □

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

• Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı? Evet Hayır

• Herhangi bir böbrek rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır

• Diyalize giriyor musunuz? Evet Hayır

• Kalp pili, mermi, şarapnel parçası, göz içi metal yabancı cisim, koklear implant, son iki ay içerisinde damar içi stent yerleştirilmiş olanlar ve eski anevrizma klipsi (1990 öncesi) olan hastalar hiçbir şekilde MR cihazına giremez. Bu gibi durumlarda ilgili personele bilgi verilmelidir.

• Vücudunuzda anevrizma klipsi, damar içi stent, kalp kapağı protezi ve diğer uzuvlarda bulunan protezlerin mevcudiyeti durumda ise ilgili doktorunuzdan MR cihazına uyumlu raporu getirmelisiniz.

• Varsa çıkarılabilir diş protezinizi, anahtarlık, kredi kartı, cep telefonu, her türlü elektronik alet, silah, saç tokası, işitme cihazı, saat ve diğer takılarınızı kesinlikle odanızda bırakıp, odanızı kilitli bırakınız.

• Çekiminiz radyoloji teknikeri tarafından yapılmakta ve her bölge için yaklaşık 10-45 dk. sürecektir. Bu sürede sırt üstü hareketsiz yatamayacaksanız bildiriniz.

• Yüksek düzeyde yumuşak doku rezolüsyonu kullanılarak kesitsel görüntülerle hastanın tanısını kolaylaştırmak amacıyla MR çekilmektedir.

• MR"a giren hastalara gereken durumlarda kontrast madde verilmektedir. Kontrast madde, iyot içermediğinden alerji yapma riski çok azdır ancak çok az da olsa bazı hastalara alerji yapabilmektedir.

• Hamile iseniz veya şüpheniz var ise MR"a girmeden önce ilgili personele bildiriniz

• MR çekim sırasında çıkan yüksek frekanslı ses dalgası işitme kaybına yol açabilir. Yüksek frekanslı ses dalgasının size zarar vereceğini düşünüyorsanız, görevliden kulak tıkayıcı isteyiniz ya da çekimin iptalini isteyip hekiminize başvurunuz.

• Cihaz özelliklerine bağlı olarak, uzun süreli çekimlerde cihaz duvarında ısınma meydana gelebilir.böyle bir durum hissedildiğinde görevli kişi ile temasa geçilmelidir

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: