(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRG-EMAR) İŞLEMİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz ve işlem hakkındaki tüm tereddütleriniz doktorunuz tarafından giderildikten sonra bu formu imzalayınız.

ÖN TANI / TANI: .....

İSTENEN TETKİK: ..... Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG, EMAR)

İlaç / Kontrast Uygulaması: Yok▭ Var▭

Anestezi Uygulaması: Yok▭ Var *▭

* Anestezi uygulaması ile ilgili anestezi uzmanı tarafından bilgilendirme yapılarak onam alınacaktır.

Lütfen aşağıdaki soruları size uygun şekilde cevaplayınız.	**HAYIR**	**EVET**	**AÇIKLAMA**
Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?			
Kalıcı kalp pili kullanıyor musunuz?			
Metal kalp kapağı kullanıyor musunuz?			
Kulak içi işitme cihazı kullanıyor musunuz?			
Epilepsi (sara) cihazı kullanıyor musunuz?			
Vücudunuzda metal protez/yabancı cisim var mı?			
Rahim içi araç takıyor musunuz?			
Şu anda gebeliğiniz var mı?			
Emziriyor musunuz?			
Daha önce MR çektirdiniz mi?			
Astım, alerji veya ilaç duyarlılığınız var mı?			
Anemi veya kan hastalığınız var mı?			
Böbrek hastalığınız var mı?			

İŞLEM İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

İşlemden Beklenen Faydalar, Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: MR tetkiki radyasyon kullanılmadan, radyo dalgaları kullanılarak iç organlarınızın görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir inceleme yöntemidir. Hastalığınızın tanısında önemli bir tetkiktir. Tetkikin yapılmaması tanının koyulamamasına veya gecikmesine yol açabilir.

İşlem Süresi: Tetkikiniz ortalama 15–30 dakika kadar sürer. Bazı durumlarda tetkik süresi uzayabilir.

Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Çekim odası cam pencere ve kamera sistemi yardımıyla dışarıdan izlenmekte, hoparlör aracılığıyla iletişim sağlanmaktadır. Bir problem yaşadığınızda bunu sözel veya fiziksel olarak ifade ederseniz görevli personel hızlı bir şekilde size yardımcı olacaktır.

Alternatif tetkikler: Hastanın klinik durumuna ve tanısal amaca göre bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi farklı alternatif görüntüleme yöntemleri mevcuttur. Bu konuda doktorunuzdan gereği halinde bilgi alabilirsiniz.

Olası Riskler/Komplikasyonlar/Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri :

- Yüksek manyetik alan aşağıda sayılan cihazları olumsuz etkiler. Cihazlar doğru çalışmayabilir, bozulabilir veya manyetik alanın güçlü çekim etkisi nedeniyle yer değiştirebilir. Bu nedenle vücudunda **kalp pili, metalik kalp kapağı, kohlear implant, nörostimülatör** (sinirleri uyarıcı elektriksel düzenek), **elektrikli infüzyon pompası, MR ile uyumlu olmayan damar filtresi, stent veya embolizasyon sargısı (koil)** olanlar çekim odasına giremezler.
- Gebelik sırasında çekim yapılmasının bilinen bir zararı yoktur.
- Tetkik sırasında kullanılan kontrast maddeler bazı kişilerde alerjik reaksiyon gelişmesine sebep olabilirler. Çoğu zaman bu durum kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı hissi gibi çabuk düzelebilen semptomlar şeklindedir. Ancak nadir olarak anafilâksi, nefes darlığı, şok ve çok nadir olarak da ölüm (25.000-400.000 enjeksiyonda bir) gelişebilir. Bu durumların çoğu acil tıbbi müdahale ile giderilir. Alerjik reaksiyon gelişeceğini önceden tespit eden bir test mevcut değildir. Bu nedenle bilinen bir alerjik hastalığı (**astım, ilaç-gıda-polen alerjisi gibi)** olanların veya daha önce **kontrast maddeye karşı alerji** gelişenlerin bu durumlarını tetkike girmeden sorumlu doktor veya teknisyene MUTLAKA haber vermesi gerekmektedir. Bu tip durumlarda tetkik öncesi alerji gelişimini engelleyen ilaçlar (antihistaminik, steroid gibi) kullanılabilir. Ancak yapılan bu premedikasyona rağmen yine de alerjik reaksiyon

gelişme riski olabileceği unutulmamalıdır.
- Kullanılan kontrast maddenin **böbrek fonksiyonları bozuk** olan hastalarda **kontrast nefropatisi** (kontrasta bağlı böbrek hasarı) yapma olasılığı vardır.

İŞLEM İLE İLGİLİ DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Aksi bir uyarı yapılmadıkça işlem öncesi yemek yiyebilir, ilaçlarınızı alabilir, tuvalete gidebilirsiniz.
- Üzerinizde taşıdığınız kredi kartı, cep telefonu, saat, çıkabilen diş protezi, metal tokalı kemer, bozuk para, anahtarlık, küpe gibi metal nesneleri MR odasına girmeden çıkarınız. Görüntü kalitesini etkileyebileceği için baş bölgesine yönelik yapılacak tetkiklerde varsa göz çevresi makyajınızı siliniz.

- İncelemeye gelirken istem kâğıdını ve önceki tetkiklerinizi yanınızda getirerek görevliye teslim ediniz.
- İşlem sırasında tünele benzeyen bir mıknatıs düzeneğinin içinde 15–30 dk süreyle hareketsiz yatmanız gerekecektir. Tetkik sırasında kuvvetli tıkırtılar biçiminde sesler duyacaksınız. Korkmayınız. Bir sıkıntı yaşadığınızda sizi dışarıdan izlemekte olan görevli tarafından tetkik sonlandırılarak tetkik odasından çıkarılabilirsiniz.
- İşlem sırasında özellikle tetkikin yapıldığı vücut bölgesini kımıldatmamanız çok önemlidir. Bir kımıldama olursa görüntüler bozulabilir, tetkikiniz uzayabilir veya yapılamayabilir.
- Aksi belirtilmedikçe gözlerinizi açıp kapatabilir veya sürekli kapalı tutabilirsiniz. İşlem sırasında öksürmeyiniz ve yavaş ve rahat soluk alıp veriniz. Gerekli durumlarda sizden nefesinizi tutmanız istenebilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ (varsa belirtiniz):

HASTA ONAMI:

İşlemle ilgili olarak doktor tarafından bilgilendirildiğinizi, tüm sorularınızın cevaplandırıldığını, acil veya beklenmedik durumlarda size/hastanıza gerekli müdahalenin yapılmasını, tetkik görüntülerinin dijital ortamda arşivlenmesini, danışılmak üzere yurt dışındaki sağlık kuruluşlarına gönderilmesini ve gerektiğinde bilimsel çalışmalarda kullanılmasını KABUL ediyorsanız **lütfen el yazınızla "2 SAYFADAN OLUŞAN BU ONAMI OKUDUM, ANLADIM VE KABUL EDİYORUM" yazınız ve imzalayınız**.

.....
.....

HASTANIN;

ADI SOYADI : ..... İMZA: ..... TARİH: ...../...../.....

***YASAL TEMSİLCİSİNİN; (Sebebi işaretleyiniz:** 18 yaş altı○ Bilinci kapalı○ Karar verme yetisi yok○ Acil○)

ADI SOYADI : ..... İMZA: ..... TARİH: ...../...../.....

BİLGİLENDİRME YAPAN DOKTORUN;

ADI SOYADI : ..... İMZA: ..... TARİH: ...../...../.....

İŞLEMİ UYGULAYACAK KİŞİNİN;

ADI SOYADI : ..... İMZA: ..... TARİH: ...../...../.....

N**OT:**

- 18 yaş altı, bilinci kapalı, karar verme yetisi olmayan hastalarda ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilcilerinden onam alınır.

- Bu form iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır.