

1. İşlemden beklenen faydalar

Bölümümüze tiroid sintigrafisi tetkikinizin yapılması amacıyla gönderilmiş bulunmaktasınız.

Tiroid sintigrafisi; tiroid nodüllerinin değerlendirilmesi, tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi, tiroid ameliyatı sonrası kalan bakiye dokunun değerlendirilmesi için kullanılmaktadır

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

İşlemleri yaptırmadığınız takdirde tedavinizde gecikmeler yaşanabilir

3. Varsa işlemin alternatifleri

Bu işlemin alternatifi yoktur.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Radyoaktif madde kullanılarak yapılan tetkikler, gebelik süresince uygulanmamaktadır. Gebelik olasılığınız var ise lütfen doktorunuza bilgi veriniz. Emziren anneler için de tetkik cinsine göre değişen sürelerde ek önlem alınması gerekeceğinden, doktorunuzu durumdan haberdar ediniz.

5. İşlemin tahmini süresi

Görüntüleme işlemi radyoaktif madde enjeksiyonu sonrası yaklaşık **30 dakika** sürecektir. Ek görüntüleme gerekmesi halinde bu süreler uzayabilir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Tetkik için kullanılan Tc-99m perteknetat isimli ajanın oluşturduğu yan etkilerden en sık olarak bulantı, ciltte kızarıklık (eritem), yüzde kızarma, bölgesel veya yaygın deri döküntüleri, baş ağrısı, ağızda metalik tat, nöbet ve kaşıntı görülür. İyonizan radyasyonun özellikle kan hücrelerini ve genitoüriner sistem üzerinde kanserojen etkisi olduğu tanınan amaçlı olarak kullanılan dozlarda gösterilememiştir

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Bu tetkik için hastanın **aç olmasına gerek yoktur**. Gelirken yanınızda **500 ml su** getirmeniz rica olunur. **Kesilmesi gereken ilaçlar: Propycil, thyromazol gibi ilaçların 5 gün önceden; levotiron ve euthyrox gibi ilaçların 30 gün önceden kesilmiş olması gerekir.**

Bazen dışarıdan iyotlu yiyecek (iyotlu tuz, deniz ürünleri, ıspanak, marul gibi bazı sebzeler vb.) ve iyotlu ilaçların (yara solüsyonları; batikon, betadine, tentürdiyot; öksürük şurupları, vitamin ilaçları, perklorat, lügol; saç boyaları, bazı kalp ilaçları; Amiodaron (cordorane) kullanıma ve ağızdan veya damardan iyotlu ilaçlar verilerek yapılan tetkiklerde (IVP, Anjiyografi, oral kolesistografi, bronkografi, tomografi) bu görüntüleme yanlış sonuç verebilir. Bu nedenle randevu alırken lütfen nükleer tıp doktorunuzu bilgilendiriniz.

Bölümümüze gelirken tetkik size yapılırsa yanınızda bebek/çocuk getirmeyiniz.

Hastalığınız ile ilgili şimdiye kadar yapılmış tüm tetkik sonuçlarını yanınızda getirmeniz sizin faydanıza olacaktır.

Tetkik bitiminde gidebilirsiniz denmeden bölümümüzü terk etmeyiniz.

Bölümümüzde, meydana gelebilecek reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor. ve sağlık personeli bulunmaktadır.

Radyoaktif maddenin etkisi geçene kadar (yaklaşık 24 saat) çocuklardan ve gebelerden uzak durmanız gerekmektedir.

120 kg ve üzeri hastalar çekime alınmayacaktır.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı : _____
Tarih-Saat : ___/___/_____/_____
İmza : _____
Yakınlık Derecesi: _____

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

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı : _____
Kaşe / İmza : _____
Tarih / Saat : ___/___/_____/_____/_____