MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ

DAKRİYOSİNTİGRAFİ RIZA BELGESİ

1. İşlemden beklenen faydalar

Bölümümüze dakriyosintigrafi tetkikinizin yapılması amacıyla gönderilmiş bulunmaktasınız. Bu tetkik gözyaşı kanalının görüntülenmesi amacıyla radyoaktif madde ile işaretlenmiş bileşiklerin göz damlası formunda uygulanması ile yapılır. Gözyaşı akışının değerlendirilmesi, gözyaşı kanalında tıkanıklık varlığı ve tıkanıklık var ise tıkanıklık seviyesinin tespiti amacıyla kullanılır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

İşlemleri yaptırmadığınız takdirde tedavinizde gecikmeler yaşanabilir.

3. Varsa işlemin alternatifleri

Bu işlemin bir alternatifi mevcut değildir.

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 başladıktan sonra **yaklaşık 30 dakika** sürecektir. Ek çekim gerekmesi halinde bu süreler artabilir.

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 genitoürüner sistem üzerinde kanserojen etkisi olduğu tanısal 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**. Görüntüleme cihazı altında cilt altına radyoaktif madde verilerek bu maddenin lenfatik damarlarda ilerlemesine bakılır.

Bölümümüze gelirken tetkik size yapılacaksa **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.

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

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

- 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 kullanılabileceği bana anlatıldı.
- 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 :

(*) Hastanın Yakını: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda
1. derece kanuni mirasçılar.

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

İşlemi Yapan (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___