BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) RIZA BELGESİ

1. İşlemden beklenen faydalar

Bilgisayarlı tomografi (BT) X ışınlarının kullanıldığı, iyonizan radyasyon içeren bir görüntüleme yöntemidir. Bu tetkikte incelenen bölgenin kesitli görüntüleri hazırlanır, varsa hastalık, yeri ve yayılımı vb. hakkında önemli bilgiler elde edilir. Bu bilgiler tanı ve tedavi için önem taşımaktadır.

Gerekli görülmesi durumunda tetkik öncesinde veya tetkik esnasında ağızdan (oral), damardan (IV), rektal (makattan) veya diğer yollardan kontrast madde verilebilir. Kontrast madde, BT tetkikinin tanısal değerini artıran ve patolojiler hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlayan ilaçtır.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Yeni bir olası hastalığın tanısı konulamaz, mevcut olan hastalığın takibi yapılamaz. Bu da tedavide aksaklıklara neden olabilir.

3. Varsa işlemin alternatifleri

BT tetkikinin herhangi bir alternatifi bulunmamaktadır.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

X ışınlarının fetüse olan zararlı etkileri nedeniyle HAMİLE veya HAMİLELİK ŞÜPHESİ olan kadınlara BT ÇEKİMİ YAPILAMAZ.

Kontrast madde verilerek yapılan çekimlerde, madde 6 da detaylandırılacak yan etkiler gelişebilmektedir.

5. İşlemin tahmini süresi

Tetkik süresi; incelenen bölgeye ve yapılan tetkike göre değişmektedir. Tetkik süreleri ortalama 5-25 dk arasında değişmektedir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

IV (intravenöz) kontrast madde damar içerisine otomatik enjektör veya elle verilerek uygulanmaktadır. Tomografi kontrast maddeleri iyot içermektedir. Bu ilaçlar güvenli olmakla birlikte, bazı yan etkiler ve alerjik eaksiyonlar görülebilmektedir. Kullanılan ilaca bağlı gelişebilecek yan etki veya allerjik reaksiyonun önceden belirlenebilmesi için bir test mevcut değildir. Bu yan etkiler şunlardır;

- Nadiren de olsa yüksek basınçla verilen kontrast madde, damar duvarındaki zayıf alanların yırtılmasına neden olarak kontrast maddenin doku içerisine kaçmasına, dokuda şişme ve ağrıya neden olabilmektedir.
- Hafif reaksiyonlar; Bulantı, kusma, hafif kaşıntı, sıcaklık hissi gibi yakınmalardır. Bu reaksiyonlar her yüz kişiden 1-5 'inde görülebilmektedir. Bunlar çoğunlukla tedavi gerektirmez ve birkaç dakika içinde kendiliğinden geçer.
- Ciddi reaksiyonlar; Nefes daralması, kalp atımlarında düzensizlik, nöbet, böbrek yetmezliği ve bayılma gibi reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genellikle tıbbi müdahaleyi gerektirir. Her bin-beş bin kişiden 1'inde görülmektedir.
- Çok ciddi reaksiyonlar; anaflaksi ve anaflaktik şok gibi reaksiyonlardır. Tıbbi müdahele gerektirir ve nadiren ölümle sonuçlanabilir. Her yüz bin kişiden 1'inde görülmektedir.

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

- X ışınlarının fetüse olan zararlı etkileri nedeniyle HAMİLE veya HAMİLELİK ŞÜPHESİ olan kadınlara BT ÇEKİMİ YAPILAMAZ. Bu nedenle hamileyseniz veya hamilelik şüpheniz varsa BİLDİRİNİZ.
- Herhangi bir ilaca veya kontrast maddeye karşı allerjiniz varsa, BT çekimi öncesi doktorunuza ve BT çekiminizi yapacak teknisyene bildiriniz.
- Böbrek hastalığınız veya böbrek fonksiyon bozukluğunuz (böbrek yetmezliğiniz) varsa kontrastlı BT çekimi mevcut böbrek hastalığı bulgularını artırabileceğinden doktorunuza ve BT çekiminizi yapacak teknisyene bildiriniz.
- Abdomen (batın, karın) BT tetkiki için: Çekim öncesi en az 4-6 saat açlık gerekmektedir, aç karnına geliniz. Ağızdan kontrast madde almanız gerektiği belirtildiyse, tarif edilen şekilde ve işlemden önce ilaçlı suyu içmeye başlayınız.
- Emzirme dönemindeyseniz; sütle bebeğinize ve bebeğinizin dolaşım sistemine geçecek kontrast madde miktarı çok düşüktür.Potansiyel riskler toksisite ve allerji olmakla birlikte teorik bilgi olup vaka bildirilmemiştir. Bu nedenle emzirmeye ara vermeniz gibi bir zorunluluk söz konusu değildir, önerilmemektedir. Eğer emzirmeye ara verme kararı alırsanız , kontrastlı çekim sonrası 12-24 saat sütünüzü sağıp-dökmeniz yeterli olacaktır.
- Kullanılan ilaca karşı nadiren geç reaksiyonlar gelişebilmektedir. Çekimden sonra beklenmedik bir durumla karşılaşırsanız doktorunuza başvurunuz.
- Mevcut ise eski radyolojik tetkiklerinizi yanınızda getiriniz.

Mevcut hastalıklarınızı aşağıdaki listede **EVET** veya **HAYIR** yazınız.

- Alerji var mı?.....Varsa ne alerjisi?.....
- Astım var mı?.....
- Böbrek yetmezliği var mı?.....Varsa hangi ilacı kullanıyorsunuz?.....
- Şeker hastalığı var mı?.....
- Tiroid fonksiyon bozukluğu var mı?.....
- Ameliyat oldunuz mu?.....Ne ameliyatı?.....Ne zaman?.....
- Daha önce damardan ilaç verilerek röntgen veya tomoğrafi çekimi yapıldı mı?.....
- Verilen ilaca karşı reaksiyonu gelişti mi?.....
- (Kadınlar için) Gebe olma olaslığı var mı?.....
- (Kadınlar için) Bebek emziriyor musunuz?.....

- 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.
- 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 :____/____/_____ ___/___