AKCİĞER VENTİLASYON PERFÜZYON SİNTİGRAFİSİ HASTA RIZA BELGESİ

1. İşlemden beklenen faydalar

Bölümümüze akciğer ventilasyon-perfüzyon tetkikinizin yapılması amacıyla gönderilmiş bulunmaktasınız. Bu tetkik öncelikli olarak akciğerdeki embolilerin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Cerrahi işlemler öncesi akciğer fonksiyonlarının hesaplanması, pulmoner hipertansiyon nedenlerinin araştırılması, akciğerde görülen bazı parankimal hastalıkların ayırıcı tanısı için uygulanmaktadır

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

İşlemleri yaptırmadığınız takdirde tedavinizde gecikmeler yaşanabilir.

3. Varsa işlemin alternatifleri

Bu tetkikin daha kolay uygulanabilir bir alternatifi mevcut değildir.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Radyoaktif madde kullanılarak yapılan tetkikler, gebelik süresince uygulanmamalıdır. 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

Tetkik normalde iki aşamalıdır ancak bazı durumlarda tek aşamada gerçekleştirilir.

1) Öncelikle hemşire tarafından damar yolu açılıp radyoaktif madde enjeksiyonu yapılacaktır. Sonrasında görüntüleme işlemi başlayacaktır. Bu aşamada görüntüleme yaklaşık **20-30 dakika** sürer. Ek çekim gerekmesi halinde bu süre uzayabilir.

2) İkinci aşamada ise özel aparatlar kullanılarak radyoaktif maddeyi 5 dakika boyunca soluk alma verme ile akciğerlerinize dolması gerekmektedir. Sonrasında görüntüleme işlemi başlayacaktır. Bu aşamada görüntüleme yaklaşık **20-30 dakika** sürer. Ek çekim gerekmesi halinde bu süre uzayabilir.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Radyoaktif maddenin oluşturduğu yan etkilerden en sık olarak bulantı, ciltte kızarıklık (eritem), yüzde kızarma, bölgesel veya yaygın deri döküntüleri, başağrısı, ağızda metalik tat, nöbet ve kaşıntı görülür. İyonizan radyasyonun özellikle kan hücreleri ve genitoüriner sistem üzerinde kanserojen etkisi olduğu tanısal amaçlı olarak kullanılan dozlarda **gösterilmemiştir.**

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

Bu tetkik için hastanın **aç olmasına gerek yoktur.** Görüntülemenin düzgün yapılabilmesi için metal parçalar içermeyen rahat kıyafetler giymeniz önerilir. Görüntüleme süresince **kesinlikle hareket edilmemesi** gerekmektedir.

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.

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 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 :____/____/_____ ___/___