GEBE ve GEBELİK ŞÜPHESİ OLAN HASTAYA RADYOLOJİ UYGULAMASI İÇİN RIZA BELGESİ

Sayın Hasta / Hasta Yakın

Aşağıdaki açıklamalar size yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek içindir. Amacımız sizi endişelendirmek değil, sizin için en uygun olan tedavi yöntemi görüşülerek planlanan girişimin riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı açıklama yapılmasıdır. Bilgilendirmeyi takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı onayınız alınacaktır. Bu formu lütfen dikkatli okuyun. Sormak istediğiniz başka hususlar varsa doktorunuza sorun.

1. İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK:

Radyolojik görüntüleme işlemi radyoloji teknisyenleri tarafından yapılacaktır.

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Gebe ve gebelik şüphesi olan hastalarda radyasyondan korunarak tanıya yardımcı görüntü elde edilmesi.

3. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Fetüste anomali, malformasyon çocukluk çağı kanseri gibi olumsuz durumlar düşük ihtimal olarak gelişebilir.

4. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Yapılan işleme göre değişmektedir.

5. İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME:

Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çeklimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçir.

Eğer çekimin yapılması zorunlu ise çekilecek film sayısı kısıtlanır veya florskopi zamanı mümkün olduğunca kısa tutulur.

Karın kısmının örtülebilen her yeri kurşun örtüyle korunur.

Daha sonra fetal dozun hesaplanabilmesi için kullanılan x-ışını parametrelerinin (radyografi için kvp, mAs, ışınlama alanı ve florskopi için ortalama kvp, ışınlama süresi, ışınlama alanı) kayıtları tutulur.

Hasta, alacağı radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir.

Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetüsün maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür.

Fetüsün aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez.

Ancak fetal dozun 150 mg'ın üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

6. Yukarıda yazılanların tamamını okudum. Tüm sorularıma cevap ve gerekli bilgiyi aldım. Bu komplikasyonlardan birinin gelişme olasılığı ve yapacaklarım hakkında bana ayrıntılı bilgi verilmiştir. Böyle bir durumda, incelemeyi yapan hekim, incelemenin yapıldığı merkez ve çalışanların sorumluluğu olmadığını, bunların belli bir orandaki hastada rastlanabilecek komplikasyonlar olduğunu kabul ediyorum. Bana intravenöz (damar içi) iyotlu kontrast madde yapılmasını, tüm risklerinin olası komplikasyonda yapılacak tıbbi müdahaleyi bilerek kabul ediyorum.

- 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 :

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

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___