İYOT-131 İLE ABLASYON-METASTAZ TEDAVİSİ RIZA BELGESİ

1. İşlemden beklenen faydalar
Tiroid bezinin hastalığı nedeniyle radyoaktif iyot uygulaması için Anabilim Dalı'mıza yönlendirildiniz. Radyoaktif iyot, hastalığınızın özelliğine göre doktorunuz tarafından belirlenen miktarda, size kapsül şeklinde ağız yolu ile verilecektir. Tedavinin amacı cerrahi sonrası kalan bakiye dokuyu yok etmek / testler sonrası tespit edilen metastazı tedavi etmektir. Bu tedavi sonrası başarıya ulaşılabilir veya düşük bir olasılıkla ikinci bir tedavi gerekebilir.

2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
İşlemleri yaptırmadığınız takdirde hastalığınız ilerleyip kötüleşmenize neden olabilir.

3. Varsa işlemin alternatifleri
Radyoaktif iyot tedavisinin benzer etki gösteren, daha basit bir alternatifi mevcut değildir.

4. İşlemin riskleri-komplikasyonları
Hamile olan veya emziren bayanlar bunu hekimine mutlaka bildiriniz. **Tedavi sonrası 6ay-1 yıl boyunca hamilelik önerilmez.**
Aldığınız radyoaktif tedavinin çevrenize radyasyon yayma etkisi olduğu için özel olarak hazırlanmış **izole odalarda tek başınıza** kalmanız gerekmektedir.

5. İşlemin tahmini süresi
Kapsülü içtikten sonra **planlandığı şekilde (2-4 gün kadar) serviste yatışınız olacaktır**.

6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar
Bu tedavi sonrası yan etkiler seyrektir, ancak özellikle ilk haftada bulantı, kusma, tükrük bezlerinde ağrı ve şişme, boyunda ağrı ve şişlik gibi yakınmalarınız olabilir. Ayrıca tat bozukluğu veya bazı kan hücrelerinde geçici azalma bildirilmiştir. Bu yan etkileri azaltmak için alınması gereken tedbirler size verilen formda yer almaktadır.

Geç dönem yan etkiler çok seyrek olarak ve yüksek doz uygulamalarında (200 mCi'den yüksek) görülür, kalıcı tat bozukluğu, gözyaşı azalması ve erkeklerde geçici infertilite bunlar arasındadır.

7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
Aldığınız radyoaktif tedavinin çevrenize radyasyon yayma etkisi olduğu için özel olarak hazırlanmış **izole odalarda tek başınıza** kalmanız gerekmektedir. Tedaviyi aldıktan sonra radyasyon nedeniyle acil durumlar dışında kimse yanınıza girmeyecektir. Bu nedenle odalarda bulunan **kameralar ile 24 saat boyunca gözlemleniyor** olacaksınız.

Tedavi tarihiniz ve tedavinize kadar yapmanız gereken hazırlıklar size sözlü olarak anlatılacak ve **ilgili formlar verilecektir**. Lütfen tedavinizin yapılması için onay vermeden önce bu formları okuyunuz ve aklınıza takılan konuları ilgili hekime sorunuz.

Radyoaktif iyot içeren kapsül; size görevliler tarafından tarif edilerek içmeniz sağlanacaktır. Kapsülü içtikten sonra **planlandığı şekilde (2-4 gün kadar) serviste yatışınız olacaktır**. Servis yatışı sırasında kullanmanız için gerekli eşyalar, malzemeler size önceden verilecek formlarda mevcuttur.

Hamile olan veya emziren bayanlar bunu hekimine mutlaka bildiriniz. **Tedavi sonrası 6ay-1 yıl boyunca hamilelik önerilmez.**

Tedavi sonrası radyasyonun etkisinin tamamen geçmesi için erkek hastaların en az 6 ay süreyle çocuk sahibi olmaktan kaçınmaları(korunmaları) önerilmektedir.
Kullandığınız tüm ilaçları hekiminize mutlaka bildirin.

- 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 :____/____/_____ ___/___