

RG.RB.01	23.11.2018	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/1
-----------------	-------------------	-------------	-----------------	-----

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. İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

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

3. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Gebe ve Gebelik şüphesi olan hastalar.

4. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: En fazla 5 Dk.

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.

Sonuç :

☐ Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat/tedavi işlemine onay verdiğimizizi beyan ederiz.

☐ Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih:/...../20.....

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)