



Özel Ekol Hastanesi
SKOPI EŞLİĞİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN TANISAL
TETKİKLER AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.182	<i>Yayın Tarihi</i> 04.09.2024	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 1 / 4
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ile bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta yol açabileceği zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahip bulunmaktasınız.

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak amacıyla sınırlı olarak hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :.....

Bu formda verilen bilgiler ve konulan tanılar, ön bilgilendirme ve ön tanı niteliğinde olup hekim tarafından yapılacağı belirtilen tedavi/ girişim/işlem/ameliyat sürecinde tıbbi gereklilikler nedeni ile yine bu bilgilendirme formunda sayılı olasılıklar dâhilinde değişiklikler olabilir.

AYDINLATMA BİLGİSİ / BİLGİLENDİRME

1. İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

Genel Bilgilendirme

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız;

Hekimimizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı/tanınızın netleşmesi için Tetkiki yapılması gerekmektedir. Bu form, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatle okuyunuz.İlgili işlem hakkında tüm sorularınız hekim tarafından yanıtlandıktan sonra bu onam formunu imzalayınız.

YÖNTEM: Skopi eşliğinde gerçekleştirilen tetkikler X ışını kullanılarak ve gerekli görüldüğünde ağız yolu, lavman veya damar yolu ile kontrast madde kullanılarak istenilen doku/organların görüntülenmesine yönelik bir radyolojik tetkiktir. Tetkik türüne göre sonda takılması, çekim öncesinde bağırsağın temizlenmesi, ve/veya belirlenen diyet programlarına uyulması istenebilir. İnceleme görüntülenecek doku veya organların türüne göre yatar pozisyonda veya ayakta gerçekleştirilebilir. Bu tetkik tek veya hareketli (dinamik) görüntüler elde edilerek gerçekleştirilir. Size uygulanacak işlem ve tetkikler esnasında ani hareketlerden kaçınılması ve söylenen talimatlara uyulması gerekmektedir. İşleminizi yapacak ekibin uyarılarını dikkate alınız.

Önceden hazırlık gerektiren tetkiklerde randevu aldığımız sırada detaylı bilgilendirileceksiniz.



Özel Ekol Hastanesi

SKOPI EŞLİĞİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN TANISAL TETKİKLER AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.182	04.09.2024	00	-	2 / 4

Şikayetiniz nedir?.....	Evet	Hayır
Bu şikayetiniz ile ilgili daha önce herhangi bir tetkik yaptırınız mı?	Evet	Hayır
Vücudunuzda metal protez/cihaz veya yabancı cisim var mı?	Evet	Hayır
Kalıcı kalp pili veya metal kalp kapağı kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır
Astım, alerji, ilaç duyarlılığı veya iyot kullanmanızı etkileyen bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	Hayır
Kronik hastalığınız var mı? (Şeker, Tansiyon, Böbrek, Kan Hastalığı vb.).....	Evet	Hayır
Trafik kazası, ateşli silah yaralanması veya ciddi bir travma geçirdiniz mi?	Evet	Hayır
Kadın Hastalarımız İçin ; Gebelik veya gebelik şüpheniz var mı?	Evet	Hayır
Sürekli kullandığınız ilaç(lar) var mı? Var ise açıklayınız:.....	Evet	Hayır
Herhangi bir ameliyat/cerrahi girişim geçirdiniz mi ?	Evet	Hayır
Eğer evet ise geçirilen işlem ve tarihini belirtiniz.	Evet	Hayır
Kontrast madde kullanımı:	Evet	Hayır

2. TAHMİNİ SÜRE:

Tetkik türüne göre tahmini işlem süresi değişebilmektedir.

3. İŞLEME AİT RİSKLER/KOMPLİKASYONLAR:

Genel Komplikasyonlar:

Radyolojik tetkik ve işlemlerde gereklilik hallerinde veya doktorunuzun isteği üzerine ağız yolu, lavman veya damar yolu ile size kontrast madde verilebilir. Bu ilaçlar bazı hastalarda hafif bulantı, kusma, ciltte kızarıklıklar, sıcak basması, damar veya doku incinmesi (şişme, ağrı, doku içerisine ilaç kaçması) ya da daha nadir olmakla birlikte astım, nefes darlığı, konvulsiyon, anafilaktik şok ortaya çıkabilir ve çok nadir olarak ölüm meydana gelebilir. Alerjik reaksiyonu önceden belirleyen bir test mevcut değildir. Bu nedenlerden inceleme öncesinde şeker hastalığınız, böbrek hastalığınız, multipl myeloma, orak hücreli anemi, guatr vb. hastalıklar ile bilinen bir alerjiniz varsa (astım, saman nezlesi gibi) ya da bu tür ilaçlar (kontrast maddeler) daha önce size uygulanmış ve herhangi bir rahatsızlığınız olmuş ise bunu tetkik öncesinde lütfen ilgili ekibe bildirin. Bu tip durumlarda önceden ilaç kullanılarak (antihistaminik, steroid gibi) alerji/anaflaksi riski düşürülebilir. Ancak yapılan bu premedikasyona rağmen alerjik reaksiyon yine de gelişebilir. Böbrek fonksiyonları bozuk olan hastalarda kullanılan kontrast maddenin birçok organı etkileyen ağır bir hastalık olan nefrojenik sistemik skleroz yapma olasılığı vardır. Bu gibi durumlarda gerekli her türlü tıbbi tedavi size uygulanacaktır.

Emziren hastalarımız için; Radyolojik tetkiklerin ve bu tetkikler esnasında kullanılabilecek kontrast maddelerin emziren annelerin bebeklerine kanıtlanmış herhangi bir zararı yoktur.

4. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Yapılacak tetkiki sayesinde şüphelenilen hastalıklara zamanında teşhis konulması, bilinen hastalıklara tedavi planlanması ve uygulanan bir tedavi var ise kontrollerinin sağlanması beklenmektedir.

5. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Teşhis konulması, tedavi planlanması ve tedavinin seyrini olumsuz etkileyebilir.



Özel Ekol Hastanesi

SKOPI EŞLİĞİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN TANISAL TETKİKLER AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.182	04.09.2024	00	-	3 / 4

6. İŞLEMİN ALTERNATİF TEDAVİLERİ:

Bazı durumlarda diğer görüntüleme yöntem ve işlemleri alternatif olarak kullanılabilir. (Hekiminize danışınız.)

7. İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ:

Tamamlanamayan, eksik veya yeterli kalitede olmayan tetkik ve işlem olasılığı oldukça düşüktür.

8. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Alerji/Kullanılan İlaçlar: Hastamın bilinen tüm alerjileri hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin tetkik öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve öneriler yapıldı.

9. SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Doktorunuzun önerilerine uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

10. GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerekteğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)



Özel Ekol Hastanesi
SKOPI EŞLİĞİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN TANISAL
TETKİKLER AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.182	04.09.2024	00	-	4 / 4

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası: Tarih: Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

- Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetisi yok
 Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **'Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.'** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....