



Özel EKOL HASTANESİ
MANYETİK REZONANS (MR) TETKİKİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU



Hasta Adı - Soyadı:
Hasta ID No:
Baba Adı:

Cinsiyet: K E
Doğum Tarihi:
Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı / tanınızın netleşmesi için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkiki yapılması gerekmektedir. Bu form, sizi, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:

Gönderen Hekimin Adı-Soyadı:

TEKİK HAKKINDA GENEL BİLGİ:

2. ÖNERİLEN TETKİK: Manyetik Rezonans (MR)

Tetkinin Adı:

Hastanın boyu ve kilosu: cm / kg

3. İLAÇ UYGULAMASI:

Yok

Var

4. ANESTEZİ UYGULAMASI:

Yok

Var

Radyolojik tetkik işlem için anestezi uygulaması yapılacağı zaman, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacaktır.

5. YÖNTEM:

MRG tetkiki zararlı radyasyon kullanmadan, iç organlarınızın görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir inceleme

yöntemidir. Güçlü manyetik (mıknatıs) alanda radyo dalgaları kullanılarak görüntüleme yapılır. MRG tetkikiniz ortalama 15-30 dakika kadar sürer. Ancak bazı tetkikler daha uzun süre alabilir.

6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

MRG radyasyon içermediğinden oldukça güvenilir bir inceleme yöntemidir. Yüksek manyetik alan içinde aşağıda sayılan cihazlar etkilenerek doğru çalışmayabilir, bozulabilir, hayati risk yaratacak şekilde çalışmaları engellenebilir veya güçlü manyetik alanın çekim etkisi nedeniyle istenmeyen yer değiştirmeler olabilir. Bu nedenle vücudunuzda kalp pili, metalik kalp kapağı, kohlear implantı, nörostimülatör (sinirleri uyarıcı elektriksel düzenek), elektrikli infüzyon pompası, MR ile uyumlu olmayan damar filtresi, stent veya embolizasyon sargısı (koil) var ise (Yalnızca hasta değil, hasta yakınları, sağlık personeli ve diğer kişiler de dâhil) MRG odasına giremezler. Tetkik sırasında kontrast madde kullanılmak zorunda kalırsa, kullanılan paramanyetik kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu sıklıkla hafif (kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı-kusma) veya ağır (hipertansiyon, nefes darlığı, şok, organ yetmezliği ve ani ölüm) bulgulara neden olabilir. Çoğu zaman bu bulgular acil tıbbi müdahale ile giderilir. Ancak nadir de olsa uygun acil müdahaleye rağmen ağır sonuçlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonu önceden belirleyen bir test mevcut değildir. Bu nedenle bilinen bir alerjik hastalığı (bronşial astım, ilaç gıda, polen alerjileri gibi) olanların veya daha önce herhangi bir kontrast maddeye karşı alerji gelişenlerin bu durumlarını tetkike girmeden sorumlu doktor veyateknisyene haber vermeniz gerekmektedir. Bu tip durumlarda önceden ilaç kullanılarak (antihistaminik, steroid gibi) tetkik yapılabilir. Ancak yapılan bu premedikasyona rağmen alerjik reaksiyon yine de gelişebilir. Böbrek fonksiyonları bozuk olan hastalarda kullanılan kontrast maddenin nefrojenik sistemik skleroz yapma olasılığı vardır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.95	01.01.2008	02	01.02.2016	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ
MANYETİK REZONANS (MR) TETKİKİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU



ÖNERİLEN TETKİKİN KAPSAMI VE ONAY

- Doktorum tarafından önerilen tetkik ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım, yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- Acil ve beklenmedik durumlarda müdahale edilmesine izin veriyorum.
- Önerilen tetkikin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.
- Tetkik görüntülerimin dijital ortamda arşivlenmesini, danışılmak üzere yurt dışındaki sağlık kuruluşlarına gönderilmesini ve gerektiğinde bilimsel çalışmalarda kullanılmasını onaylıyorum. Bu işlemin önceki ve sonraki tetkiklerimle karşılaştırma imkânı sağladığı ve gereksiz tetkik tekrarını önleyeceğinin bilincindeyim.

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan tetkiki 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

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı: İmzası:

Tarih:

Saat:

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.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

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

.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.95	01.01.2008	02	01.02.2016	2 / 2