



Sayın Hasta; Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları yada bir kısmını reddetmek yada kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup, anlamamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütme ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Hastanın Adı, Soyadı:..... Doğum Tarihi:..... Cinsiyeti: E K

Genel Bilgiler

İVP tetkiki, böbrek ve idrar yolları hastalıklarının tanısında başvuru radyolojik bir inceleme yöntemidir. Böbrekler ve idrar yolları barsaklar tarafından örtüldüklerinden, net olarak görüntüleyebilmek için incelemeye gelmeden önce barsaklarınızın boşaltılması amacı ile "müshil" adı ile tanıdığımız bir ilaç kullanmanız gerekmektedir. Bu amaçla tetkik randevunuzdan önce size tarif edildiği şekilde hazırlığınızı yaptıktan sonra hiçbir şey yemeyerek hastaneye aç karnına gelmelisiniz. Tetkik öncesi sigara, çay, gazlı ve kolalı içecekler içmemeniz gerekmektedir. Müshil kullanımı tek defada etkili olmayabileceğinden, tekrar kullanımı veya boşaltıcı lavman ile kolonun temizlenme gereksinimi doğabilir.

İVP filminde; böbreklerin ve idrar yollarının görüntülenmesi amacı ile "radyolojik kontrast ilaçlar" adını verdiğimiz bir ilacın damar yolu ile enjeksiyonu gerekmektedir. Bu ilaçlar "iyot" içerirler ve kana karıştıktan sonra böbrekler tarafından süzülerek, röntgen filminde böbrek ve idrar yollarının görüntülenmesini sağlarlar. Bu amaçla kullanılan çok çeşitli kontrast maddeler bulunmaktadır.

İyotlu ilaçlar hafif bulantı hissi, kızarıklık, bazen döküntülerin oluşması gibi hafif reaksiyonlara yol açabilir. Bu tür reaksiyonlar sık olmayıp, işlem hekim denetiminde olduğundan endişe duyulmamalıdır. Ancak, bazı alerjik bünyeli hastalarda iyotlu kontrast maddelerin daha ciddi alerjik reaksiyonlara da yol açabileceği bilinmektedir. Bu nedenle eğer; bilinen bir alerji hastalığınız varsa (astım, saman nezlesi gibi) ya da bu tür ilaçlar daha önce size uygulanmış ve herhangi bir rahatsızlığınız olmuş ise, bunu tetkik öncesinde radyoloji uzmanımıza bildirmenizi rica ediyoruz. Bu durumda rahatınız için gerekli ek önlemler alınabileceği gibi, daha farklı ilaç uygulamalarına veya inceleme yöntemlerine de karar verilebilir. İnceleme yaklaşık 30-45 dakika kadar sürecektir. Tetkikiniz tamamlandıktan sonra uzman hekimimiz filmlerinizi kontrol ederek bulgularını ayrıntılı bir rapor şeklinde hazırlayacaktır.

İVP İncelemesi İçin Yapılması Gerekenler

- Herhangi bir ilaç kullanıyorsanız doktorunuza mutlaka söyleyiniz. İşlem sonrası bazı ilaçların en az 24 saat öncesinde kesilmesi gerekmektedir. (Metformin, aminoglikozid, NSAID gibi ağrı kesiciler)
- Böbrek yetmezliği öyküsü olanlar ve 40 yaşın üzerindeki herkesin IVP öncesinde Kreatinin düzeyine bakılması gerekmektedir.
- 10 yaşından küçük çocuklar için hazırlık gerekmemektedir.
- İncelemeden bir gün önce akşam saat 20:00'dan sonra su dışında gıda yada içecek alınmamalıdır.
- Sizlere reçete edilen XM ilacını yemekten 1 saat sonra alınız ve ilacın yarım saat içinde bekletilmeden tüketilmesi gerekmektedir.
- İlaç içildikten sonra inceleme yapılana kadar hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz.
- Sabah aç karnına en geç 09:00'da hastaneye geliniz.

Unutmamanız Gerekenler

- İncelemeye aç karnına geliniz.
- İnceleme sabahı su, sigara v.b içmeyiniz.
- Size önerilen hazırlığı yapınız.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.138</i>	<i>12.02.2019</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 2</i>



Özel Ekol Hastanesi
İNTRAVENÖZ PYELOGRAFİ (İVP) TETKİKİ
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



- Eğer varsa, eski radyolojik incelemelerinizi yanınızda getiriniz.
- Bayan hastalarımız için; hamileyseniz veya hamile olma olasılığınız varsa mutlaka doktorunuza danışınız.

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

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.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.138	12.02.2019	00	-	2 / 2