



Özel EKOL HASTANESİ

GEBE VE GEBELİK ŞÜPHESİ OLAN HASTAYA RADYOLOJİ UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM VE RIZA BELGESİ



Yapılacak Tetkik: Grafi BT İVP

Sayın Hasta; Gebe ve Gebelik şüphesi olanlar için; sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi yada 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, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek 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:.....

Daha önce ilaçlı film tetkiki yapıldı mı?

Evet (ise tetkik adı) Hayır

Alerjik hastalığınız ya da bilinen ilaç alerjiniz var mı?

Evet (ise adı) Hayır

Daha önce ilaçlı tetkikler (BT ve İVP) yapılırken herhangi bir problem yaşadınız mı?

Evet (açıklayınız) Hayır

Hamileliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? hafta

Böbrek hastalığınız var mı? Evet Hayır

Guatr ya da benzer tiroid hastalığınız var mı? Evet Hayır

Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında röntgen, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini röntgen (x-ray), gama ve beta ışınlarına (kısa ve uzun dalgalı ışınlar) maruz kalabileceğimi, bu uygulamaların nadiren de olsa kemik iliği baskılanması ve kansızlık/ anemi, savunma sistemi yetersizliği çocuk sahibi olmayı engelleyecek düzeyde üreme organlarında yetersiz ya da uzun süre sonra da olsa ender olarak kanser gelişimi dahil olmak üzere şimdiden öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini, bu uygulamaların bazı durumlar dışında hamileleri, (özellikle 0-6 ay arasında hamile kadınlar için risk daha fazladır.) uygulanmaması gerektiğini biliyor, ancak lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.

UYGULAMA :

- **Gebe olduğu bilinen bir hastanın** x-ışını çeklimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçirir.
- 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.
- **Hastaya gerekli önerilerde bulunabilmek için aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulur.**
- Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetusun maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür.
- Fetusun aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez
- Ancak fetal dozun 150 mGY'in üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

Bilgisayarlı tomografi ve İVP (ilaçlı böbrek filmi) çekimi sırasında damar yoluyla verilen ilaçların (kontrast madde) nadiren de olsa alerji yapma yan etkileri vardır. Bu nedenle ciltte kızarıklık, mide bulantısı, tansiyon düşmesi, nefes daralması, anafilaktik şok ve sıkıntı hissi gibi yan etkiler görülebilir. İlacın uygulanışı gereği nadiren ilaç damar dışına çıkabilir ve şişlik oluşmasına neden olabilir.

Tetkiklerin tahmini süresi, istenen tetkik, organ ya da bölgeye bağlı olarak 5 dk. ila 45 dakika arasında sürmektedir. Tetkik raporları; tetkikin yapıldığı gün hariç 2 (iki) iş günü içerisinde (olağanüstü haller; cihaz arızası, teknik arıza vb) verilmektedir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.116	12.02.2019	05	20.03.2019	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ

GEBE VE GEBELİK ŞÜPHEİ OLAN HASTAYA RADYOLOJİ UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM VE RIZA BELGESİ



Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebim olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, Özel Ekol Hastanesi, HEMŞİRE, EBE ve DİĞER SAĞLIK TEKNİSYENLERİNİ, UZMAN DOKTOR ile RÖNTGEN TEKNİSYENLERİ birlikte Radyoloji Bölümü'nü ve gerektiğinde Özel Ekol Hastanesi'nin diğer kliniklerini yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Yukarıda anlatılan genel şartlara ilaveten, özellikle hastalığıma ve tedavime ilişkin ek olarak düzenlenen özel aydınlatılmış onam formunda yazılı olarak diğer risk ve tehlikeli durumlar bana açık ve anlayabileceğim şekilde tarafıma anlatılmış olup, idrak ettim, kabul ediyorum.

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, gelişebilecek komplikasyonlar, umulan/umulmayan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafından anlatıldığını onaylıyorum. Bu yazılı belgenin tamamını net bir şekilde okudum veya okuma bilmediğim için anlaşılır bir şekilde bana okundu veya tercüme edilerek bana izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavi uygulanmaması dahil olmak üzere her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri bunların risk ve tehlikeleri olup olmadığı anlatıldı ve bu belge de yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum hiçbir baskı altında kalmadan kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

İŞLEME AİT ÖZEL KOMPLİKASYONLAR:

HASTANIN ALIŞKANLIKLARI/KULLANDIĞI İLAÇ vb:.....

HASTANIN GEÇİRİLMİŞ HASTALIK/AMELİYAT ÖYKÜSÜ:

KULLANILAN İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELKLİKLERİ:

SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

UYGULANAN DOZ MİKTARI KWP:MAS..... DİR.

GEREKİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA İLGİLİ BİRİM VE ACİL SERVİSDEN ULAŞABİLİRSİNİZ.

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: <input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı <input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük <input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok <input type="checkbox"/> 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 almır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.116	12.02.2019	05	20.03.2019	2 / 2