



**Özel Ekol Hastanesi**  
**MANYETİK REZONANS (MR) GÖRÜNTÜLEMESİ**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



**HASTANIN ADI SOYADI:**

**DOĞUM TARİHİ:**

**CİNSİYETİ: E**  **K**

**BOY:**

**KİLO:**

**Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR):** radyasyon içermeyen, sayısız kez tekrarlanabilen son derece güvenli bir yöntemdir. İnsanlar üzerinde hiçbir zararlı etkisi görülmemiş olup anne karnındaki bebeğe bile uygulanabilmektedir. Manyetik alan kullanan özel bir makina ile organların görüntüleri alınır. İşlem 20dk- 40 dk arasında değişiklik gösterebilir. Tetkikin kendisi tamamen ağrısızdır. Bununla birlikte, MR inceleme çok güçlü manyetik alan içerisinde gerçekleştirildiği için metal objelerden etkilenmektedir. Vücudunuzdaki materyallerin ve kendinizin herhangi bir zarar görmemesi için çekim ekibine bilgi veriniz.

**Neden kontrast maddesi?** İncelemeye bağlı olarak kolunuza bir kontrast maddesinin enjekte edilmesi veya infüzyon yapılması gerekli olabilir. Bu işlem belli organların ve anatomik vücut yapılarının görüntülenmesi için gerekli olabilir ve hastalığın neden olduğu değişikliklerin tanınmasına yardım edebilir. Kontrast maddesiyle yapılan bazı incelemelerde daha iyi yorum yapılabilir. 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.

▪ **MR Çekimi neden istenildi, Şikayetiniz nedir?**

**Kadın hastalarımız için;**

▪ **Gebelik olasılığınız var mı?** Evet  Hayır  **Bebek emziriyor musunuz?** Evet  Hayır

**ÖNEMLİ UYARI:** Üzerinizde aşağıdaki eşyalardan varken MR tetkiki yapılamaz, üzerinizde bu eşyalardan var ise çıkartınız ve bildiriniz. Aklınıza takılan soruları MR çekim odasına girmeden önce MR teknisyenine ve Radyoloji doktoruna sorabilirsiniz.

Soruları dikkatlice cevaplayınız.		
Kalp pili takıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Stent var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protez var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Kulak implantı var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Beyin/Anevrizma klipsi var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Nörostimülatör var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Metal, şarapnel parçası var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Dövme, kalıcı makyaj, piercing var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Rahim içi araç (spiral) var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Vücudunuzda herhangi bir metal obje var mı? (ameliyat materyali, kurşun, yabancı cisim vs.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ameliyat oldunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Cevabınız evet ise; Ne ameliyatı olduğunuzu ve tarihini belirtiniz.		
<hr/>		



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.137	12.02.2019	01	10.11.2022	1 / 2



**Özel Ekol Hastanesi**  
**MANYETİK REZONANS (MR) GÖRÜNTÜLEMESİ**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



- ✓ Randevunuza gelirken daha önce yapılmış tetkik (film) ve raporlarınızı beraberinizde getiriniz.
- ✓ Size verilen randevu saatinden en geç bir saat önce gelerek kayıt işlemlerini ve tetkik hazırlık aşamalarınızı tamamlayınız.
- ✓ Reçete yazılan ilaç tetkik sırasında gerekirse verilecektir.

**Not: Tetkike geldiğinizde bu formu göreviye mutlaka teslim ediniz.**

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 alınır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<b>HD.RB.137</b>	<b>12.02.2019</b>	<b>01</b>	<b>10.11.2022</b>	<b>2 / 2</b>