



Özel Ekol Hastanesi

RADYOLOJİK KONTRAST MADDE HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU



HASTANIN ADI SOYADI:

HASTANIN DOĞUM TARİHİ:

HASTANIN PROTOKOL NUMARASI:

HASTANIN CİNSİYETİ:

HASTANIN İŞLEM YAPILACAĞI BÖLÜM:

HASTANIN ÖN TANISI/TANISI:

ÖNERİLEN İŞLEMİN UYGULANIŞ BİÇİMİ

- Kontrast madde damardan(venöz)yoldan verilerek vücudunuzun ilgili bölgesinin röntgen ışınları (X ışınları)kullanılarak incelenmesidir.
- Tetkik radyoloji kliniğinde yapılmaktadır. İstek belgenizdeki 'klinik bilgi' ve ' doktor adı' bölümleri gereğince doldurulmuş olmalıdır.
- Radyoloji kliniğine gelirken böbrek fonksiyonlarını gösteren testler ve daha önceki tetkikleriniz yanınızda olmalıdır.
- İşlem damaryolu hazırlığı ile birlikte ortalama 2-3 dakika sürmektedir. Yapılacak incelemenin ışınına bağlı olarak hastaya kol damarından kontrast madde enjekte edilir.
- X ışınları anne karnında gelişmekte olan fetusa zarar vereceğinden inceleme hazırlığına başlamadan evvel hasta hamilelik şüphesi varsa bu konuda doktora veya radyoloji teknisyenine bilgi vermelidir.

ÖNERİLEN İŞLEMİN BEKLENEN YARARLARI

- Verilecek olan kontrast madde ile ilgili bölgede normal ve normal dışı parlaklaşmalar saptanarak patoloji (normal dışı durum) olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olunacaktır.

ÖNERİLEN İŞLEMİN ZARARLARI

Kontrast maddenin intravenöz (damardan)verilmesine bağlı bazı istenmeyen durumlar olabilir.

- Birkaç dakikada geçmesi gereken bulantı olabilir.
- Nadiren yüzde kızarıklık, sıcaklık artışı, karıncalanma, kusma, baş dönmesi görülebilir.
- Bazen astım atağı, larinkste ödem(nefes alamama),ani tansiyon düşüklüğü, şok, nöbet geçirme veya solunum ve kalp durması gibi daha şiddetli reaksiyonlar görülebilir.
- Kontrast madde damar dışına kaçabilir. Alkol kompresyonu ile ilgili tarafın elevasyonu (kolun yukarıda tutulması) ile en geç 24 saat içinde normale döner.
- Kontrast madde kullanımına bağlı böbrek yetmezliği gelişebilir. Oluşan yetmezliğin çoğunluğu geçicidir. Hastaların çok düşük bir kısmında kalıcı böbrek yetmezliği ve tedavi gerekebilir.
- İstenmeyen durumlar 100 hastada 3-20 arasında görülür. Ölüm oranı 100 hastada 3-6' dır.

İşlemin Süresi Min 5dk Maksimum 35 dk dır.

ÖNERİLEN İŞLEMİN YAPILMASI RİSKLİ OLAN DURUMLAR

Daha önce kontrast madde verildi mi?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
İlaç veya gıda alerjiniz(özellikle iyod ve deniz ürünü)var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Hamile veya emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Astım ya da şeker hastalığınız var mıdır?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Karaciğer, böbrek yetmezliği ya da fonksiyon bozukluğunuz var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.153	10.11.2022	00	-	1 / 2



Özel Ekol Hastanesi
RADYOLOJİK KONTRAST MADDE HASTA
BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU



- Kalp hastalığınız var mı ve/veya yakın zamanda kalp krizi geçirdiniz mi? EVET HAYIR
- Diyalize giriyor musunuz? EVET HAYIR
- Zehirli guatr hastası mısınız? EVET HAYIR
- Multipl myelom adlı hastalığınız var mı? EVET HAYIR
- Böbreküstü bezini ilgilendiren hastalık şüpheniz var mıdır? EVET HAYIR

VARSA UYGUN DİĞER GİRİŞİM SEÇENEKLERİ; BU SEÇENEKLERİN YARAR VE RİSKLERİ

Bilgisayarlı tomografi incelemesi kontrastsız gerçekleştirilebilir ancak doğru tanı sağlama oranı oldukça düşüktür. IVP (İntravenöz pyelografi-böbreklerin görüntülenmesi işlemi) kontrastsız yapılamaz.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİ ERTELEMENİN SONUÇLARI

Eğer incelenen bölgede patolojik bir durum varsa sürecin ilerlemesine, organ kaybına ve hatta tedavideki gecikmeler nedeniyle ölümcül sonuçlara yol açabilir.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN ARDINDAN HASTANEDE TAHMİNİ KALIŞ SÜRESİ/ÖNERİLEN GİRİŞİMİN HASTAYA GETİRİLECEĞİ TAKRİBİ MAL YÜK

İşlem bütçe uygulama talimatında ücretlendirdiği için hastaya getireceği ek bir maliyet söz konusu değildir. Kontrast madde resmi kurumlarda reçete edilerek ücretlendirmektedir.

BU BÖLÜM HASTANIN EL YAZISI İLE DOLDURULACAKTIR.

Bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla (komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları okudum ve anladım. Bu bilgiler ışığında kontrast madde kullanımı konusunda ve kullanım sonucu ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlarda doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin bana (hastama) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

HASTANIN:

Adı-Soyadı:

İmza:

HASTANIN VELİSİ/YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı:

İmza:

GÖRÜŞME TANIĞI (TERCÜMAN) VAR İSE:

Adı-Soyadı:

Adresi:

İmza:

Telefon No:

BU BÖLÜM İŞLEMİ GERÇEKLEŞTİRECEK HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Hastaya/hastanın yasal temsilcisine girişim/tedaviye niçin ihtiyacı olduğunu, uygulanacak girişim/tedavi hakkında gerekli bilgileri , girişim/tedavinin risk ve komplikasyonlarını ,eğer risk ve komplikasyonlar meydana gelirse uygulanacak tedavi yöntemlerini ayrıntılı ve anlayabileceği bir dille anlattım;gerekli ek açıklamalarla anlamasını sağladım.

DOKTORUN ADI-SOYADI:

İMZA:

TARİH:

Sevgili Hasta veya hasta yakını;

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.153	10.11.2022	00	-	2 / 2