



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) TETKİKİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Hasta Adı – Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen öntanı / tanınızın netleşmesi için Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkiki yapılması gerekmektedir. Bu form, sizi, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra ilgili işlem için onay veriyorsanız bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:.....

Gönderen Hekimin Adı-Soyadı:.....

2. ÖNERİLEN TETKİK: Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Tetkinin Adı:.....

Hastanın boyu ve kilosu:.....cm /kg

3. İLAÇ UYGULAMASI: ☐ Yok ☐ Var

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: ☐ Yok ☐ Var

Yapılacak işlem için anestezi uygulanacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. YÖNTEM:

BT çekimi, X ışınlarını (iyonizan radyasyon) kullanarak organlarınızın kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir.

6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

Tetkinin kendisi tamamen ağrısızdır. Ancak incelemenin türüne bağlı olarak size kol damarlarınızdan kontrast madde enjeksiyonu uygulanabilir ya da kontrast madde eklenmiş su içmeniz istenebilir. Kontrast madde toplar damarlarınızdan elle veya otomatik enjektör ile uygulanarak çekim yapılır. Nadiren de olsa otomatik enjektör ile yüksek basınçta verilen kontrast madde damar duvarındaki zayıf alanların yırtılmasına neden olarak kontrast maddenin doku içerisine kaçmasına, dokuda şişme ve ağrıya neden olabilmektedir. Kontrast madde çok zayıf bir ihtimalle sizde bulantı-kusma hissi, ciltte kızarıklık, kaşıntı, nefes darlığı gibi şikâyetlere neden olabilir. Bu durumlarda lütfen çekim ekibini uyarınız.

Tomografi tetkikinde kullanılan kontrast maddeler iyot içerdiği için bazı kişilerde allerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu nedenle inceleme öncesinde radyoloji teknisyeni ya da radyoloji uzmanına bu tür maddelere karşı daha **önce allerjik bir reaksiyon gösterip göstermediğinizi ve eğer varsa başka maddelere karşı olan allerjinizi bildiriniz.**

Kontrast madde **böbrek yetmezliği ve guatr rahatsızlıkları olan hastalar ile diyabet ilacı kullananlarda istenmeyen, ağır yan etkilere neden olabilmektedir.** Bu tip hastalığınız var ise çekim öncesinde mutlaka çekim ekibini **uyarınız.**

BT cihazları X ışınlarını kullanır. X ışınları anne karnında gelişmekte olan fetüse çok düşük ihtimalle de olsa zarar verebileceğinden inceleme hazırlığına başlamadan evvel eğer **hamilelik şüphemiz** varsa bu konuda doktora veya teknisyene **mutlaka bilgi vermelisiniz.**

Hamile hastalarda tomografi tetkikinin mutlaka uygulanması gereken durumlarda doktorunuz bu tetkik ile ilişkili riski değerlendirmiştir ve tetkik yapılmasının **sizin ve/veya çocuğunuzun yararına**

olduğuna inanmaktadır. Bu tür durumlarda radyoloji teknisyeni **mümkün olan en az dozun uygulanmasına özen gösterir ve gerekli tedbirleri alır.**

Çocuk hastalarda tomografi tetkikinin mutlaka uygulanması gereken durumlarda radyoloji teknisyeni **mümkün olan en az dozun uygulanmasına özen gösterir.**

7. TETKİK SIRASINDA / SONRASINDA HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

Uygulanacak olan tetkike bağlı olarak inceleme günü aç olmanız gerekebilir, bu konuda randevunuz planlanırken bilgilendirme yapılacaktır. BT incelemeleri hastaların tıbbi problemlerine ve incelenecek vücut kısmına göre bazı farklılıklar gösterir. Hastalığın teşhisi için incelemenin nasıl yapılması gerektiğine radyoloji uzmanı karar verecektir. Kimi incelemelerde işlem öncesinde veya sırasında toplardamarınızdan kontrast madde enjeksiyonu yapılması gerekebilir. Bu radyoloji uzmanının görüntüleri daha iyi değerlendirmesini sağlayacaktır. Eğer işlem sırasında veya enjeksiyon sonrasında bir rahatsızlık hissederseniz bunu teknisyene veya doktora bildirmelisiniz. Başlangıcından bitimine kadar çekim süresi ortalama 15 dakikadır. İncelemeden sonra herhangi bir kısıtlama olmaksızın normal günlük aktivitelerinize devam edebilirsiniz. Çekim sonrasında kontrast maddenin vücudunuzdan hızlı atılması için bol su içiniz.

Lütfen aşağıdaki formu size uygun olacak şekilde doldurunuz.

	Hayır	Evet	Açıklayınız
Daha önce kontrastlı tetkik yapıldı mı?			
Guatr veya böbrek yetmezliği gibi bir hastalığınız var mı?			
Şeker hastalığı için ilaç kullanıyor musunuz?			
Kalp hastalığınız var mı? Var ise, ne tip kalp hastalığınız var?			
Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?			
Hiç allerjik reaksiyon geçirdiniz mi?			
Hamileliğiniz veya hamilelik şüpheniz var mı?			
Bilinen bir kan hastalığınız var mı?			

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 sağladığının ve gereksiz tetkik tekrarını önleyeceğinin bilincindeyim.

Ben, bu formun içeriğini anladım. Yakın Doğu Üniversitesi 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 mevcut ise);			
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.