



MAMOGRAFİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı – Soyadı:

Hasta ID No:

Baba Adı:

Doğum Tarihi:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı/tanınızın netleşmesi için mamografi tetkiki yapılması gerekmektedir. Bu form, sizi, uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formun tamamını dikkatle okuyunuz. Formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:.....

Gönderen Hekimin Adı-Soyadı:.....

2. ÖNERİLEN TETKİK: Mamografi

Hastanın yaşı:

Hastanın boyu ve kilosu:.....cm /kg

Hastanın adet (menstruasyon) durumu:

Hastanın son adet (menstruasyon) tarihi:

İlk adet (menstruasyon) yaşı:.....

Menopoz yaşı:.....

Doğum sayısı:

Emzirme süresi:

Hastanın şikayeti veya başvuru nedeni:

5. YÖNTEM:

Mamografi tetkiki X ışınlarını (iyonizan radyasyon) kullanan bir inceleme yöntemidir. Tetkik sırasında meme dokunuz cihaz üzerinde bulunan iki plaka arasında sıkıştırılarak görüntüleme yapılacaktır. Sıkıştırma işlemi genellikle ağrısız olup bazı hastalar az miktarda ağrı hissedebilir. Ancak sıkıştırma işlemi meme doku kalınlığını eşit duruma getirerek görüntü kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

Tetkik ile ilişkili riskler çok azdır. X-ışını radyasyonu, X ışınına maruz kalan kişilerde yaşamının ilerleyen dönemlerinde kanser olma riskini düşük olasılıkla artırabilir. Sağlıklı yaşam potansiyeli, sizinkine benzer koşullarda diğer kişilerle neredeyse aynıdır.

Doktorunuz bu tetkik ile ilişkili riski değerlendirmiştir ve tetkikin yapılmasının sizin için gerekli olduğuna inanmaktadır.

X ışınları anne karnında gelişmekte olan fetüse zarar verebileceğinden inceleme hazırlığına başlamadan evvel eğer **hamilelik şüphemiz** varsa bu konuda doktora veya teknisyene **mutlaka bilgi vermelisiniz**.

Hamile hastalarda tetkikin mutlaka yapılması gereken durumlarda doktorunuz bu tetkik ile ilişkili olabilecek riskleri değerlendirerek tetkik yapılmasının **siz ve/veya çocuğunuz için gerekli** olduğuna inanmaktadır. Bu tür durumlarda radyoloji teknisyeni **mümkün olan en az dozun uygulanmasına**

özen göstererek gerekli tedbirleri alır.

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

Lütfen tetkik randevunuzu meme hassasiyetinizin en az olduğu zamana planlamaya çalışın. Menopoza girmediyse, bu genellikle adet döneminizden sonraki haftadır. Meme dokusunda genellikle adet (menstruasyon) döneminden bir hafta önce ve bir hafta sonra hassasiyet olacaktır. Koltukaltı ve meme üzerine deodorant, losyon, krem ve parfüm uygulamaktan kaçının. Kullanılan malzemedeki tozlar ya da metalik parçalar mamografi üzerinde yanıltıcı görüntülere neden olabilir. Hastalar incelemenden sonra herhangi bir kısıtlama olmaksızın normal günlük aktivitelerine devam edebilir.

Lütfen aşağıdaki formu size uygun olacak şekilde doldurunuz.

	Hayır	Evet	Açıklayınız
Daha önce mamografi tetkiki yapıldı mı? Tarihi nedir?			
Herhangi bir meme hastalığı geçirdiniz mi?			
Herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?			
Doğum kontrol hapi kullandınız mı?			
Hamileliğiniz veya hamilelik şüphemiz 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: YasalTemsilcinin 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.