



MANYETİK REZONANS (MR) 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 Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) 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 bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI:

Gönderen Hekimin Adı-Soyadı:

2. ÖNERİLEN TETKİK: Manyetik Rezonans (MR)

Tetkikin Adı:

Hastanın boyu ve kilosucm /kg

3. İLAÇ UYGULAMASI: ☐ Yok ☐ Var

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: ☐ Yok ☐ Var

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

5. YÖNTEM:

MR tetkiki zararlı radyasyon kullanmadan, organlarınızın görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir inceleme yöntemidir. Güçlü manyetik (mıknatıs) alanda radio dalgaları kullanılarak görüntüleme yapılır. MR tetkikiniz ortalama 15–30 dakika kadar sürer. Ancak bazı tetkikler daha uzun süre alabilir.

6. ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

MR radyasyon içermediğinden oldukça güvenilir bir inceleme yöntemidir. Yüksek manyetik alan içinde aşağıda belirtilen cihazlar etkilenecek doğru çalışmayabilir, bozulabilir, çalışmaları hayati risk yaratacak şekilde engellenebilir veya güçlü manyetik alanın çekim etkisi nedeniyle istenmeyen yer değiştirmeler olabilir. Bu nedenle vücudunuzda **kalp pili, metalik kalp kapağı, kohlear implant, nörostimülatör (sinirleri uyarıcı elektriksel düzenek), elektrikli infüzyon pompası, MR ile uyumlu olmayan damar filtresi, stent veya embolizasyon sargısı (koil)** var ise (yalnızca hasta değil, hasta yakınları, sağlık personeli ve diğer kişiler de dâhil) MR odasına **girmenize izin verilmez**. Tetkik sırasında kontrast madde kullanılmak zorunda kalınırsa, kullanılan paramanyetik kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu sıklıkla hafif (kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı-kusma) veya nadiren ağır (hipertansiyon, nefes darlığı, şok, organ yetmezliği ve ani ölüm) bulgulara neden olabilir. Çoğu zaman bu bulgular acil tıbbi müdahale ile giderilir. Ancak nadir de olsa uygun acil müdahaleye rağmen ağır sonuçlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonu önceden belirleyen bir test mevcut değildir. Bu nedenle bilinen bir **alerjik hastalığı (bronşial astım, ilaç-gıda, polen alerjileri gibi) olanların veya daha önce herhangi bir kontrast maddeye karşı alerji gelişenlerin** tetkike girmeden önce sorumlu doktor veya teknisyeni bilgilendirmesi gerekmektedir. Bu tip durumlarda önceden ilaç kullanılarak (antihistaminik, steroid gibi) tetkik yapılabilir. Ancak yapılan bu premedikasyona rağmen yine de alerjik reaksiyon gelişebilir. **Böbrek fonksiyonları bozuk olan**

hastalarda kullanılan kontrast maddenin **nefrojenik sistemik skleroz** yapma olasılığı vardır.

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

Kredi kartı, banka kartı, cep telefonları, saat, bilgisayar disketleri ve üzerinizde taşıdığınız büyük metalleri (çıkarılabilen diş protezi, metal tokalı kemer, bozuk paralar, anahtarlık, silah, çakı, çengelli iğne,saç tokası ve küpe) çıkarınız. Göz çevrelerinde kullanılan bazı kozmetik maddeler görüntülerde bozulmalara yol açabildiğinden, baş bölgesine yönelik tetkik yapılacaksa hastaların göz çevresi makyajlarını silmeleri gereklidir. Herhangi bir zararlı etkisi olmayan MR tetkiki için tünele benzeyen bir mıknaş düzeneğinin içinde 15–30 dk süreyle hareketsiz yatmanız gerekecektir. İçiniz rahat olsun, çünkü tetkikiniz sırasında bir cam pencere ve kamera sistemi yardımıyla dışarıdan izlenebiliyorsunuz ve gerekirse çok çabuk bir şekilde tetkikiniz sonlandırılabilir ve dışarı çıkabilirsiniz.

Tetkik sırasında özellikle tetkikin uygulandığı vücut bölgesini kımıldatmamanız çok önemlidir. Bir kımıldama olursa görüntüler bozulabilir, tetkikiniz uzayabilir veya yapılamayabilir. Tetkik sırasında rahat nefes alıp verebilirsiniz (bazı durumlarda nefesinizi tutmanız istenebilir). Aksi belirtilmedikçe gözlerinizi açıp kapatabilir veya sürekli kapalı tutabilirsiniz. Ancak öksürmeyiniz ve yavaş ve düzgün soluk alıp veriniz. Tetkik sırasında kuvvetli tıktırılar biçiminde sesler duyacaksınız.

Bazı incelemelerde göğüs bölgesine ya da el parmaklarına konulan parçalar ile kalp ve solunum ritminizi takibi gerekebilir.

Lütfen aşağıdaki formu size uygun olacak şekilde doldurunuz.

	Hayır	Evet	Açıklayınız
Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?			
Kalıcı kalp pili kullanıyor musunuz?			
Metal kalp kapağı kullanıyor musunuz?			
Kulak içi işitme cihazı kullanıyor musunuz?			
Epilepsi (sara) cihazı kullanıyor musunuz?			
Vücudunuzda metal protez/yabancı cisim var mı?			
Rahim içi araç kullanıyor musunuz?			
Şu anda gebelik durumu var mı? Emziriyor musunuz?			
Daha önce MR çektiirdiniz mi?			
Astım, alerji veya ilaç duyarlılığınız var mı?			
Anemi veya kan hastalığınız var mı?			
Böbrek 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 işlemi 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.