



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

**BU RIZA BELGESİ 2 (İKİ) NÜSHA HAZIRLANACAK OLUP BİR NÜSHASI HASTA VEYA
HASTA YAKININA VERİLECEKTİR.**

Hastanın;
Adı Soyadı :

HIS No :

Doğum Tarihi (GG/AA/YYYY) :

Sayın hasta /vekili / kanuni temsilcisi;

Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi, ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetme ya da kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurma hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek veya yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede, sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

1. ÖNERİLEN TEDAVİNİN İÇERİĞİ (UYGULANACAK TANI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ):

İyotlu kontrast maddelerin intravenöz yolla (damardan) enjeksiyonu sonrası, belli zaman aralıkları ile seri grafilerin alınması ile böbrek fonksiyonlarının, toplayıcı sistemlerinin ve tüm üriner sistemin görüntülenmesi amacına yönelik yapılan tetkiktir. Randevu gereklidir.

2. İŞLEM DEN/TEDAVİ DEN BEKLENEN FAYDALAR:

Vücudumuzu oluşturan organların yapılarının ve yapısal bozukluklarının detaylı olarak ortaya konmasıdır. Bu bilgiler kullanılarak hastamızın teşhisi kolaylaşabilir ve teşhise göre uygun tedavinin seçilmesi ve tedavinin izlemi mümkün olabilir..

3. İŞLEMİN/TEDAVİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Muayene olduğunuz doktorunuzun onayı ile işlemi yaptırmaktan vazgeçerseniz teşhis ve tedavi süreci gecikebilir.

4. ÖNERİLEN İŞLEMİN/TEDAVİNİN VARSALTERNATİFLERİ

Bazı durumlarda Bilgisayarlı Tomografi yerine Manyetik Rezonans , Ultrasonografi ve direkt grafi (röntgen) gibi başka Radyolojik incelemelerden de yararlanılabilir. Bununla birlikte belirtilen diğer yöntemlerin sizin için uygun olup olmadığına ancak Uzman Hekimler karar verebilir.

5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

4-5 dk. arasında değişmektedir

6. İŞLEMİN RİSKLERİ – KOMPLİKASYONLARI –KULLANILAN İLAÇLAR VE ÖZELLİKLERİ

İntravenöz (damar içine) kontrast madde verilmesi gereken radyolojik incelemelerde (İntravenöz Ürografi, Bilgisayarlı Tomografi gibi) bulantı hissi, kolda yanma, ciltte kabarma-kızarıklık-kaşıntı, ödem gibi basit cilt reaksiyonları ya da oldukça nadiren (on binde bir ila beş, 1-5/10.000) ciddi şekilde hayatı tehdit edici (boğulma, şok tablosu gibi) ve önceden tahmin edilmeyen alerjik reaksiyonlar görülebilmektedir. Diyaliz hastaları durumlarını çekim öncesinde teknisyene bildirmelidir. Kontrast madde kullanılan çekimlerden sonra 30 dk süresinde hasta gözlem altında tutulur. Bu sırada çekime bağlı herhangi bir rahatsızlık duyarsanız durumu tarafımıza bildiriniz.

7. GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA YARDIM ALMAK İSTERSE

Tetkiki isteyen hekimine tekrar başvuru yapabilir.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

- Daha önce BT görüntüleme yapıldı mı? Evet Hayır
- Daha önce uygulanan BT sırasında kontrast madde kullanıldı mı ve reaksiyon oluştu mu? Evet Hayır
- İlaç, iyot vb maddelere alerjiniz var mı? Evet Hayır
- Hiç ameliyat oldunuz mu? Evet Hayır
- Yanıtınız 'evet' ise hangi bölgeden ameliyat geçirdiniz? Evet Hayır
- Astım atağı geçirdiniz mi? Evet Hayır
- Herhangi bir böbrek rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır
- Önceden geçirilen travma / kaza var mı? Evet Hayır
- Hamile veya hamilelik şüphemiz var mı? Evet Hayır

İşlemin kin tarafından yapılacağı:

İşlem, çekiminiz radyoloji teknikeri tarafından yapılmaktadır.

Ek Notlar

Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:

- Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.
- Hekimim kafama takılan sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.
- Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.
- Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.
- Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.
- Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
- Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.
- Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
- Tedavi olmadımda ne olabileceğini biliyorum.
- "Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu" nun ne anlama geldiğini biliyorum.
- İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.
- Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
- Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.
- İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

Yukarıda anlatılan tedavi işlemi ile ilgili olarak aşağıdaki belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyor, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Hasta iletişim problemi yaşıyor ise ilgili dili bilen personelden veya Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi (UHDB) 0 850 288 38 38 çağrı numarasıyla 7 gün 24 saat kesintisiz Almanca, Arapça, İngilizce, Rusça, Farsça, Fransızca dillerinden destek alabilir.

Tercüme Yapan Personel Adı Soyadı:..... İmzası.....Tarih/Saat:

Lütfen kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili Bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onaylıyorum ve bir nüshasını teslim aldım." yazınız.

.....
.....



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Hastanın bilinci Açık ise;	Hasta 18 yaşın altında, kısıtlı veya bilinci kapalı ve yanında Yasal Temsilcisi var ise;
Hastanın; Adı Soyadı : İmza : Tarih/ Saat:	Yasal Temsilci * (Vasi) veya Velinin; Adı Soyadı : Adı Soyadı : İmza : Tarih/ Saat:
Sağlık Personeli Adı Soyadı: İmza: Tarih/ Saat:	Sağlık Personeli Adı Soyadı : İmza : Tarih/ Saat:

***Yasal Temsilci:** Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için Anne-Baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

NOT: 18 yaşın altında bulunan hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.