



## MANYETİK GÖRÜNTÜLEME (MRG) 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. YAPILACAK İŞLEM:

- MR vücudunuzun görüntülerinin elde edilmesini sağlayan çok gelişmiş bir cihazdır. MR cihazının esas üstünlüğü röntgen ve BT' de kullanılan zararlı ışınlarla (X ışınları) ihtiyaç duymamasıdır.
- MR cihazı gerçekte büyük ve güçlü bir mıknatıstır. Bu nedenle bu cihazın içine girecek hastalar ve gerekirse cihazın yakınında duracak refakatçilerin üstlerinde bu mıknatıs tarafından çekilecek anahtar, kalem, silah, küpe, kolye gibi metal cisimler; mıknatıs tarafından bozulacak saat, kredi kartı, cep telefonu gibi elektronik/manyetik cihazlar; hastaların vücutlarında mıknatıs tarafından yerinden oynatılacak ve ısıtılacak protez, yabancı cisim (metal kıymıklar, şarapnel parçaları gibi), ve çalışmaları etkilenecek elektromanyetik cihazlar (kalp pilleri, kalp kapakçıkları, yapay kulak gibi) bulunamaz.
- Üstünüzde ya da vücudunuzda MR tarafından etkilenebilecek herhangi bir metal ya da elektronik cisim varsa ya da böyle cisimlerin varlığından şüpheleniyorsanız bunu MR çekim odasına girmeden MR teknisyenine mutlaka bildiriniz. Eğer vücudunuzda metal ya da elektronik protezler varsa bunların MR uyumlu olduğuna dair doktorunuzdan resmi bir yazı getirmeniz gerekmektedir. İnceleme esnasında asla hareket edilmemelidir. Küçük bir hareket bile tüm görüntülerin bozulmasına yol açabilir. Cihaz içinde çok güçlü sesler duyacaksınız. Bunlar cihazın normal sesidir. Güvenliğiniz için tüm inceleme boyunca dışarıdan personelimizce izleneceksiniz.

#### 2. ÖNERİLEN TEDAVİNİN İÇERİĞİ (UYGULANACAK TANI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ)

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

#### 3. İŞLEM DEN/TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR

MR cihazının esas üstünlüğü röntgen ve BT' de kullanılan zararlı ışınlarla (X ışınları) ihtiyaç duymamasıdır. İşlemin/ tedavinin uygulanmaması durumunda karşılabilecek sorunlar teşhis ve tedavi süreci gecikebilir.

#### 4. ÖNERİLEN İŞLEMİN/TEDAVİNİN VARSA ALTERNATİFLERİ

MR radyolojik görüntüleme yöntemleri arasında yumuşak dokulara yönelik en ileri tetkiktir. Alternatif görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır.

#### 5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Randevu saatinden 30 dk önce MR' a geliniz. Bununla birlikte sizden önceki hastaların incelemesi bazen uzun sürebilir veya acil hastalar sizden önce çekime alınabilir. Çekiminiz 10-45 dakika sürebilir.

#### 6. İŞLEMİN RİSKLERİ – KOMPLİKASYONLARI

Hastalığınızın cinsine göre size damar yolu ile bir boya maddesi (kontrast madde) verilebilir. Bu madde nadiren bazı hastalarda alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Belirtilen reaksiyonlar çok nadiren ölümle sonuçlanabilen anafilaksi şeklinde de gerçekleşebilir. Yine nadiren baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, tat ve koku duyularında sapma, genel ısınma hissi, öksürük ve solunum hızında geçici düzensizlik görülebilir. Ayrıca enjeksiyon yerinde lokal basınç hissi, kızarıklık ve ağrı yapabilir.



## MANYETİK GÖRÜNTÜLEME (MRG) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

### 7. GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA YARDIM ALMAK İSTERSE

Tetkiki isteyen hekimine tekrar başvuru yapabilir.

**Diyaliz hastaları, hamileler, emziren kadınlar bu durumlarını çekim öncesinde teknisyene bildirmelidir.**

- Hiç ameliyat oldunuz mu? Evet  Hayır
- Yanıtınız 'evet' ise hangi bölgeden ameliyat geçirdiniz? .....
- Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı? Evet  Hayır
- Herhangi bir böbrek rahatsızlığınız var mı? Evet  Hayır
- Diyalize giriyor musunuz? Evet  Hayır
- Kalp pili, mermi, şarapnel parçası, göz içi metal yabancı cisim, koklear implant, son iki ay içerisinde damar içi stent yerleştirilmiş olanlar ve eski anevrizma klipsi (1990 öncesi) olan hastalar hiçbir şekilde MR cihazına giremez. Bu gibi durumlarda ilgili personele bilgi verilmelidir.
- Vücudunuzda anevrizma klipsi, damar içi stent, kalp kapağı protezi ve diğer uzuvlarda bulunan protezlerin mevcudiyeti durumda ise ilgili doktorunuzdan MR cihazına uyumlu raporu getirmelisiniz.
- Varsa çıkarılabilir diş protezinizi, anahtarlık, kredi kartı, cep telefonu, her türlü elektronik alet, silah, saç tokası, işitme cihazı, saat ve diğer takılarınızı kesinlikle odanızda bırakıp, odanızı kilitli bırakınız.
- Çekiminiz radyoloji teknikeri tarafından yapılmakta ve her bölge için yaklaşık 10-45 dk. sürecektir. Bu sürede sırt üstü hareketsiz yatamayacaksınız bildiriniz.
- Yüksek düzeyde yumuşak doku rezolüsyonu kullanılarak kesitsel görüntülerle hastanın tanısını kolaylaştırmak amacıyla MR çekilmektedir.
- MR 'a giren hastalara gereken durumlarda kontrast madde verilmektedir. Kontrast madde, iyot içermediğinden alerji yapma riski çok azdır ancak çok az da olsa bazı hastalara alerji yapabilmektedir.
- Hamile iseniz veya şüpheleniz var ise MR 'a girmeden önce ilgili personele bildiriniz
- MR çekim sırasında çıkan yüksek frekanslı ses dalgası işitme kaybına yol açabilir. Yüksek frekanslı ses dalgasının size zarar vereceğini düşünüyorsanız, görevliden kulak tıkayıcı isteyiniz ya da çekimin iptalini isteyip hekiminize başvurunuz.
- Cihaz özelliklerine bağlı olarak, uzun süreli çekimlerde cihaz duvarlarında ısınma meydana gelebilir. Böyle bir durum hissedildiğinde görevli kişi ile temasa geçilmelidir.

#### 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 olmadığımında 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 işlem ile ilgili olarak aşağıdaki belgede yazılı olanlar ve sorularına 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/veriyoruz.

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.

Görevli Personel Adı Soyadı:.....

İmzası.....Tarih/Saat:



## MANYETİK GÖRÜNTÜLEME (MRG) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Buraya hasta ya da \*yasal temsilcisi tarafından el yazısı ile **“Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım, kabul ediyorum. Bir nüshasını elden aldım .”** ibaresi yazılacaktır

\*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için (18 yaş altı) Anne veya Baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılar.

Hastanın ve/veya Yasal Temsilcisinin Adı Soyadı:

Tarih...../...../20.... Saat:...../.....

İmza:

Tanığın Adı Soyadı(Gerek görüldüğü takdirde):

Tarih...../...../20.... Saat:...../.....

İmza:

Yukarıda anlatılan işlem/müdahalenin nedeni ve faydaları, uygulanmadığı durumda karşılaşılabilecek sonuçlar, işlemin alternatifleri, riskleri/komplikasyonları, süresi, kullanılacak ilaçlar, işlem sonrası gereken bakım, gerektiğinde işlem sonrası tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği hakkında bilgilerin hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Doktorun Adı Soyadı:

Tarih...../...../20.... Saat:...../.....

İmza: