



RADYOLOJİ KLİNİĞİ

GİRİŞİMSEL İŞLEMLER /TIBBİ TEDAVİ / TEŞHİS AMAÇLI TETKİKLER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

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

Adı Soyadı:			
HIS No:		Doğum Tarihi:	
Gönderen Bölüm:		Tarih:	

Hastalık(lar) (Tanı/ön tanı): (Hastaya veya yakınına ifade edildiği şekilde yazınız)

Seçilen/ Uygulanacak İşlem: _____

İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı: İşlem randevu günü serviste görevli olan hekim ve röntgen teknisyeni/teknikeri tarafından yapılmaktadır.

İşlemin Tahmini Süresi: 30 dk. ile 1 saat arasında sürmektedir. İşlem esnasındaki gelişebilecek durumlara göre süre değişiklik gösterebilir.

İşlemden Beklenen Faydalar: Hastalarda anevrizma, damar darlığı gibi hayati tehlike oluşturan durumların saptanması, iç organ kanamalarının teşhisi ve bu durumlarda gereken damar içi tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesi.

İşlemin Uygulanamaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Hastanın hekim tarafından öngördüğü hastalığının teşhis edilememesi ve tedavisinin gecikmesi.

İşlemin Alternatifleri: Tanısal olanları BT ve MR Anjiyografi, Cerrahi girişimlerde cerrahi müdahaledir.

Kullanılacak ilaçların Önemli Özellikleri: Tanısal amaç girişimlerinde verilen iyotlu kontrast maddenin, madde alerjisi, nefropati, hipertroidi gibi yan etkileri hastaya anlatılır. Girişimsel amaçlı işlemlerde kanama eğilimini arttıran ilaçlar nedeniyle beyin kanaması gibi risklerin artışı veya damar tıkanıklığı amaçlı kullanılan ilaçlar nedeni ile hedeflenen organ dışında istenmeyen organların damarların tıkanması gibi sıkıntılar hastaya sözel olarak anlatılır.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Yaşam Tarzı Önerileri: İşlem sonrası hastaya verilecek olan öneriler hekim tarafından sözel olarak anlatılır ve işlem sonrası hasta bilgilendirme formu hastaya okuması için verilir.

-Aşağıda imzası bulunan doktor bana amaçlanan girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerin neden gerektiği, özellikleri, içerdiği riskleri, işlem esnasında oluşabilecek istenmeyen problemleri ve işlem sonrasında oluşabilecek problemleri açıkladı.

-Ayrıca doktorum ile girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerin alternatiflerini, risklerini ve tedavi olmamam durumunda gelişebilecek olayları tartıştık, değerlendirdik. İşlem esnasında kullanılacak ilaçların alerjik reaksiyonlara neden olabileceği riskleri ve sonuçları tarafıma anlatıldı. Bildiğim alerjik hastalıklarımı doktora bildirdim.

-Doktorumun girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkikler esnasında diğer hekimler tarafından asiste edileceği ve tedavimde yer alabilecekleri tarafıma açıklandı.

İzni geri çekme hakkımın bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülmeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı.

-(Sadece kadın hastalar için) Girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkik esnasındaki kullanılacak ilaçların, X-ışınının (radyasyonun) girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerin doğmamış çocuk üzerindeki etkileri ve riskleri tarafıma anlatıldı. Şu anda hamile olmadığımı beyan ediyorum.

-Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. Yapılacak girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkik ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim tüm konularla ilgili soru sormam için gerekli fırsat ve süre verildi. Bu konuda tüm sorularına tatmin edici yanıtlar aldım. Bu girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığı tarafıma anlatıldı.

-Ayrıca hastanenin **4825** no'lu dahili telefon hattından mesai saatleri içinde bilgi alabileceğim söylendi.

-Yapılacak olan girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerin ne tür riskler taşıdığını ve bu işlemler esnasında kullanılacak ilaçların istenmeyen yan etkilerin olabileceğini anladım. Bana verilen bilgiler ışığında hiçbir baskı altında kalmadan, kendi arzum ve irademle yapılacak olan girişimi/tıbbi tedaviyi/teşhis amaçlı tetkiki kabul ediyorum. Ayrıca



RADYOLOJİ KLİNİĞİ

GİRİŞİMSEL İŞLEMLER /TIBBİ TEDAVİ / TEŞHİS AMAÇLI TETKİKLER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

girişim/tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkiklerimin eğitim ya da bilimsel yayın amaçlı olarak kimlik bilgilerim saklı kalmak kaydı ile kullanılmasına, fotoğraf, video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum.

Yapılacak işlemlerin riskleri;

1.Sedasyon veya Genel Anestezi Riskleri: <ul style="list-style-type: none">- İlaç reaksiyonu- Mide içeriğinin aspirasyonu- Solunum depresyonu- Beyin hasarı- Hipotansiyon- Ölüm	2.Embolizasyon / Kemoembolizasyon Riskleri: <ul style="list-style-type: none">- Anjiyografideki riskler daha yüksek oranda görülür- Genel perkütan girişim riskleri- İstem dışı damar tıkanması ve bununla ilgili organ sorunları-Postembolizasyon sendromu (ağrı, ateş, bulantı, kusma)
3.Genel Perkütan Girişim Riskleri: <ul style="list-style-type: none">-Kanama-Ağrı - işlem sırasında ve/veya sonrasında-Enfeksiyon-Damar, sinir ve/veya organ hasarı - geçici veya kalıcı-Allerjik reaksiyon-Yetersiz işlem veya işlem tekrarı	4.Anjiyoplasti (Balon), Stent Yerleştirilmesi ve Tromboliz Riskleri: <ul style="list-style-type: none">-Anjiyografideki riskler daha yüksek oranda görülür- İşlem yapılan damarda hasar, yırtılma, tıkanma-Beyin ve boyun damarlarında hasar, yırtılma, tıkanma- Erken veya geç beyin kanaması-Myokard enfarktüsü (Kalp krizi)- Felç / Ölüm-Asıl sorunun devam etmesi ya da tekrarı
5.Anjiyografi Riskleri: <ul style="list-style-type: none">-Atardamar zedelenmesi-Atardamar giriş yerinde şişlik, ağrı, hassasiyet veya kanama-Atardamar tarafından beslenen vücut bölgelerinde hasar ya da amputasyon-Acil cerrahi girişim gerektirebilecek damar hasarı-Asıl sorunun ağırlaşması-Kullanılan kontrast madde veya diğer ilaçlara allerjik reaksiyon-Kardiak aritmiler (kalp atım düzensizlikleri)-Akciğer embolisi- Serebrovasküler olay (inme)- Enfeksiyon-Kanama	6.“İnfüzyon Portu”/ “Geçici Kateter”/ “Kalıcı Kateter” Yerleştirilmesi Riskleri: <ul style="list-style-type: none">-Genel perkütan girişim riskleri-Kateter pozisyonunun kaybı (cerrahi çıkartma gerektiren)- Kardiak aritmiler (kalp atım düzensizlikleri) yada kalp hasarı-Akciğer kollapsı (sönmesi)-Hava embolisi-Damarlarda pıhtılaşma/yırtılma
7.Perkütan Drenaj, Nonvasküler Stent ya da Balon Tedavisi Riskleri: <ul style="list-style-type: none">- Genel perkütan girişim riskleri- Kateter pozisyonunun kaybı (cerrahi çıkartma gerektiren)-Böbrek veya idrar yolu hasarı / kaybı- Karaciğer veya safra yolu hasarı-Mide veya barsak hasarı-İşlem sırasında enfeksiyonun yayılımı ve /veya sepsis-Şiddetli allerjik reaksiyon	8.Perkütan Biyopsi / Torasentez / Parasentez Riskleri: <ul style="list-style-type: none">- Genel perkütan girişim riskleri-Akciğer kollapsı (sönmesi) veya hemotoraks - drenaj kateteri yerleştirilmesi gerektiren- Peritonit veya peritoneal kanama

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşılr:Hasta ihtiyaç duyduğu takdirde aynı konuda tıbbi yardımı almak isterse tetkiki isteyen hekimine başvurabilir.

-Bilincim açık olarak, doktorumdan tıbbi durumumun ne olduğunu öğrendim ve hastalığımla ilgili olarak hangi muayene, tetkik, tedavi ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda bilgi aldım. Oluşabilecek komplikasyonlar (istenmeyen etkiler) ve riskleri, ayrıntıları ile anlatıldı. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığıma tehdit edebileceğini öğrendim. Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene, tetkik, tedavi ve girişim yapılmasını kendi rızam ile reddedersem doğacak sorumlulukları üstleniyorum.

NOT: Yukarıda belirtilen riskler girişimsel işlemler /tıbbi tedavi/teşhis amaçlı tetkikler esnasında gelişebilecek daha sık görülebilen ve tanımlanmış durumlardır. Bu risklerin dışında yukarıda belirtilmemiş daha az görülebilecek ve/veya tanımlanmamış riskler de gelişebilir. **Bütün tıbbi girişimlerde ölüm riski her zaman vardır.** Bu riskin daha fazla olduğu durumlarda bu olasılık ayrıca belirtilmiştir. Ancak belirtilmediği durumlarda da ölüm riskinin düşük de olsa var olduğunu hatırlatırız.

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:



RADYOLOJİ KLİNİĞİ
GİRİŞİMSEL İŞLEMLER /TIBBİ TEDAVİ / TEŞHİS AMAÇLI TETKİKLER İÇİN
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: