
	GEBE VE GEBELİK ŞÜPHESİ OLAN HASTAYA RADYOLOJİ UYGULMASI			
AYDINLATILMIŞ ONAM VE RIZA BELGESİ				
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.YD.05	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1

Hasta Adı – Soyadı :

BARKOD

Sayın Hasta / Hasta Yakın

Aşağıdaki açıklamalar size yapılacak işlemler hakkında bilgi verecektir. Sizinle sizin için en uygun olan tedavi yöntemi görüşülecek ve planlanan girişimin riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı açıklama yapılacaktır. Bilgilendirmeyi takiben yapılacak işlemle ilgili olarak yazılı onayınız alınacaktır. Bu formu lütfen dikkatli okuyun. Sormak istediğiniz başka hususlar varsa doktorunuza sorun.

1. İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK:

Radyolojik görüntüleme işlemi radyoloji teknisyenleri tarafından yapılacaktır.

2. İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

Gebe ve gebelik şüphesi olan hastaların radyasyondan korunması

3. İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Gebe ve Gebelik şüphesi olan hastalar.

4. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Max 5 Dk.

5. İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME:

Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çeklimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçirir. Eğer çekimin yapılması zorunlu ise çekilecek film sayısı kısıtlanır veya florskopi zamanı mümkün olduğunca kısa tutulur. Karın kısmının örtülebilene her yeri kurşun örtüyle korunur. Daha sonra fetal dozun hesaplanabilmesi için kullanılan x-ışını parametrelerinin (radyografi için kvp, mAs, ışınlama alanı ve florskopi için ortalama kvp, ışınlama süresi, ışınlama alanı) kayıtları tutulur. Hasta, alacağı radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir. Özellikle döllemeden sonraki ilk 21 gün içinde fetüsün maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür. Fetüsün aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez. Ancak fetal dozun 150 mg'ın üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

6. Yukarıda yazılanların tamamını okudum. Tüm sorularıma cevap ve gerekli bilgiyi aldım. Bu komplikasyonlardan birinin gelişme olasılığı ve yapacaklarım hakkında bana ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Böyle bir durumda, incelemeyi yapan hekim, incelemenin yapıldığı merkez ve çalışanların sorumluluğu olmadığını, bunların belli bir orandaki hastada rastlanabilecek komplikasyonlar olduğunu kabul ediyorum. Bana intravenöz (damar içi) iyotlu kontrast madde yapılmasını, tüm risklerinin olası komplikasyonda yapılacak tıbbi müdahaleyi bilerek kabul ediyorum.

Eğer izin vermiyorsanız lütfen verilen boşluğa el yazınızla “okudum, anladım; radyolojik çekime girişimsel işleme- İZİN VERMİYORUM” yazınız:

Eğer izin veriyorsanız lütfen verilen boşluğa el yazınızla “okudum, anladım; önerilen radyolojik çekime -girişimsel işleme- İZİN VERİYORUM” yazınız:

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

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Hasta Yakınının (.....) Adı-Soyadı:.....

İmza :.....

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, gelişebilecek komplikasyonlar, umulan/umulmayan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Doktor Adı Soyadı-Unvanı :.....

İmza :.....

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