
	MR (MANYETİK REZONANS) GÖRÜNTÜLEME ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.YD.07	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 2

Hasta Adı – Soyadı :

Yöntem: MR çekilecek hastanın, üzerinde yüzük, küpe, kolye, saat, gözlük, kemer gibi materyallerin var ise bunların çıkarılması istenmektedir. Teknisyen, çekim yapılacak yerin tam cihazın içine gelecek şekilde ayarlamalar yaparak sabit kalmasını sağlar. Daha sonra çekime başlanır. Oda içerisinde bulunan özel radyo alıcısı ile teknisyen ve hasta arasında iletişim kurulabilir.

İşlemin Avantajları: Öncelikle radyasyon yoktur. Hastalıkların belirlenmesinde detaylı bilgiye ulaşılabilir. MR çekimi yapılarak kaliteli görüntüler elde edilir ve hastalığın tespit edilmesi amaçlanır.

MR Tetkikini Reddederseniz: MR hastalığınızla ilgili detaylı bilgi verir. MR çekimini kabul etmezseniz radyasyon içeren farklı yöntemler uygulanabilir ve uygulanan bu yöntemler hastalığınızla ilgili ayrıntılı bilgi vermeyebilir.

Alternatifler: MR yönteminin radyasyon içermeyen herhangi bir alternatifi yoktur.

Genel Riskler Ve Komplikasyonlar: MR tetkikinde damardan kullanılan kontrast madde verildiğinde; baş dönmesi, bulantı, kusma, baş ağrısı, tat ve koku duyarlarında sapma, sıcaklık hissi, ürtiker, kaşınma veya boğazda irritasyon gibi yan etkiler görülebilir. Hava yolu spazmı, akciğerde su toplaması, anafaktik şok gibi ciddi ciddi durumlar çok nadirdir. MR'ın bugüne kadar zararlı bir yan etkisi bilimsel olarak gösterilmemiştir. Ancak tedbir amaçlı gebeliğin ilk 3 ayı içinde önerilmemektedir.

İşlemin Tahmini Süresi: MR çekim süresi min.10/15dk, max. ise istenilen tetkik sayısı ve hastanın uyumuna göre farklılık gösterebilir.

İşlemin Başarı oranı: İşlem başarı oranı %100'dür

Özel Durumlar:

1- VÜCUDUNUZDA KALP PİLİ VARSA KESİNLİKLE MR'a GİREMEZSİNİZ.

VÜCUDUNUZDA KALP PİLİ VAR MI?

2- MR çekimi esnasında üzerinizde banka kartı, cep telefonu, silah, anahtar, çakı, çakmak, saat, iğne, toka, kalem, protez (çıkabilen) diş, işitme cihazı, holter gibi metalik ve elektronik aletlerin bulunmaması gerekmektedir, çekimden önce size gösterilecek odaya bırakmanız istenecektir.

3- Daha önce olduğunuz ameliyatlardan dolayı vücudunuzda platin, titanyum, çelik protez, kalp kapağı,

4- Daha önceden saptanmış bir alerjiniz, kalp damar hastalığınız, astımınız, böbrek hastalığınız veya böbrek yetmezliğiniz, ağır anemi ve diğer kan hastalıkları(mltiple myelom),diyabetiniz varsa mutlaka bildiriniz.

NOT: Randevunuza 15 dakika önce gelmenizi rica ederiz. Randevunuzu geçirmeyin. Nadir de olsa cihazdan veya hasta uyumundan dolayı randevu saatlerinde sarkmalar olabilir. beyin pili, insülin pompası, stend, vida, göz lensleri, diş telleri gibi şeyler varsa çekimden önce bildiriniz.....

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şuurum kaybolduğunda veya onay vermeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere.....



İsimli kişiye yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili / yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile **okuduğumu anladım kabul ediyorum** yazınız.)

Hasta

İmza

Tarih / Saat

	MR (MANYETİK REZONANS) GÖRÜNTÜLEME ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
RG.YD.07	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 2

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi :

İmza

Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay vermediği taktirde(Hekim dolduracak):.....

.....

Yukarda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor:

Ünvanı

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı :.....