



**BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) TETKİKİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.25
Yayın Tarihi	01.02.2017
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	1/2

Hastanın;

Adı Soyadı :
Baba Adı :
Anne Adı :
Doğum Tarihi :
T.C. Kimlik Numarası :

BARKOD

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi,

Hekiminizin değerlendirmesi ve yapılan tetkikler sonucunda belirlenen ön tanı / tanınızın netleşmesi için Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkiki yapılması gerekmektedir. Bu form, size uygulanacak olan tetkikin yöntemi ve olası riskleri hakkında bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

- 1- **ÖN TANI / TANI** :
2- **ÖNERİLEN TETKİK** : Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Tetkikin Adı :

Hastanın Boyu ve Kilosu : cm /kg

3- **İLAÇ UYGULAMASI** : Yok ☐ Var ☐

4- **ANESTEZİ UYGULAMASI** : Yok ☐ Var ☐

Radyolojik tetkik işlemi için anestezi uygulaması yapılacağı zaman, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacaktır.

5- **YÖNTEM** :

BT çekimi, X ışınlarını (iyonizon radyasyon) kullanarak organlarınızın kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik yapılan radyolojik teşhis yöntemidir.

6- ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

Tetkikin kendisi tamamen ağrısızdır. Ancak incelemenin türüne bağlı olarak size kol damarlarınızdan kontrast madde enjeksiyonu ya da kontrast maddeyi içmeniz istenebilir. Kontrast madde toplardamarlarınızdan elle veya otomatik enjektör ile verilerek çekim yapılır. Nadiren de olsa otomatik enjektör ile yüksek basınçta verilen kontrast madde, damar duvarındaki zayıf alanların yırtılmasına neden olarak kontrast maddenin doku içerisine kaçmasına, dokuda şişme ve ağrıya neden olabilmektedir. Kontrast madde çok zayıf bir ihtimalde olsa sizde bulantı-kusma hissi, ciltte kızarıklık, kaşıntı, nefes darlığı gibi şikâyetlere neden olabilir. Bu durumlarda lütfen çekim ekibini uyarınız. Ayrıca tomografi kontrast maddeleri iyot içerdiği için bazı kişilerde alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu nedenle inceleme öncesinde teknisyen ya da radyoloji doktorunuza bu tür maddelere karşı **daha önce alerjik bir reaksiyon gösterip göstermediğinizi ve eğer varsa başka maddelere karşı olan alerjinizi bildiriniz.** Kontrast madde **böbrek yetmezliği ve guatr olan hastalar ile diyabet ilacı kullananlarda** istenmeyen, ağır yan etkilere neden olabilmektedir. Bu tip hastalığınız var ise çekim öncesinde mutlaka çekim ekibini **uyarınız.** BT cihazları X ışınlarını kullanır. X ışınları anne karnında gelişmekte olan fetüse zarar verebileceğinden inceleme hazırlığına başlamadan evvel eğer **hamilelik şüphemiz** varsa bu konuda doktora veya teknisyene **mutlaka bilgi vermelisiniz.**

7- TETKİK SIRASINDA / SONRASINDA HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER:

Çekime mümkünse aç olarak geliniz. BT incelemeleri hastaların tıbbi problemlerine ve incelenecek vücut kısmına göre bazı farklılıklar gösterir. Hastalığın teşhisi için incelemenin nasıl yapılması gerektiğine radyoloji doktorunuz karar verecektir. Kimi incelemelerde işlem öncesinde veya sırasında toplar damarınızdan kontrast madde



**BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) TETKİKİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.25
Yayın Tarihi	01.02.2017
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	2/2

enjeksiyonu yapılması gerekebilir. Bu, radyoloji doktorunun görüntüleri daha iyi değerlendirmesini sağlayacaktır. Eğer işlem sırasında veya enjeksiyon sonrasında bir rahatsızlık hissederseniz bunu teknisyene veya doktora bildirmelisiniz. Başlangıcından bitimine kadar çekim süresi ortalama 15 dakikadır. Hastalar incelemenden sonra herhangi bir kısıtlama olmaksızın normal günlük aktivitelerine devam edebilir. Çekim sonrasında kontrast maddenin vücudunuzdan hızlı atılması için bolca su içiniz.

Lütfen Aşağıdaki Formu Size Uygun Olacak Şekilde Doldurunuz:

	Hayır	Evet	Açıklayınız
Daha Önce Kontrastlı Tetkik Yapıldı mı?			
Guatr Veya Böbrek Yetmezliği Gibi Bir Hastalığınız Var mı?			
Şeker Hastalığı İçin İlaç Kullanıyor Musunuz?			
Kalp Hastalığınız Var mı? Var İse, Ne Tip Kalp Hastalığınız Var?			
Herhangi Bir Ameliyat Geçirdiniz mi?			
Hiç Alerjik Reaksiyon Geçirdiniz mi?			
Hamileliğiniz Veya Hamilelik Şüphemiz Var mı?			
Bilinen Bir Kan Hastalığınız Var mı?			

Hasta, Veli Veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Doktorum tarafından önerilen tetkik ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim. İşlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım, yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- Acil ve beklenmedik durumlarda müdahale edilmesine izin veriyorum.
- Önerilen tetkikin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.
- Tetkik görüntülerimin dijital ortamda arşivlenmesine izin veriyorum.

Lütfen aşağıdaki kutucuğa “Okudum Anladım Kabul Ediyorum” yazarak imzalayınız.

HASTA, VELİ VEYA VASİNİN;

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Tarih ve Saat :
İmzası :

HASTA BİLGİLENDİRMESİ YAPAN HEKİMİN;

Kaşesi :
Tarih ve Saat :
İmza :

- Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.
- Çocuk hastalarda **HER İKİ EBEVEYNİN (ANNE ve BABANIN)** ikisinin de imzalaması **YASAL BİR ZORUNLULUKTUR**. Bunlardan yalnız birinin imzası varsa, imzalayan, çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini yasal olarak kanıtlamalıdır. Aksi halde **GÖRÜNTÜLEMENİN/TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR**.