



**MANYETİK REZONANS (MR) TETKİKİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HD.RB.24
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 Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) 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** : Manyetik Rezonans (MR)

Tetkinin 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 :

MRG tetkiki, zararlı radyasyon kullanmadan, iç organlarınızın görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir inceleme yöntemidir. Güçlü manyetik (mıknatıs) alanda radyo dalgaları kullanılarak görüntüleme yapılır. MRG tetkikiniz ortalama 15-30 dakika kadar sürer. Ancak bazı tetkikler daha uzun süre alabilir.

6- ÖNERİLEN TETKİKİN RİSKLERİ:

MRG radyasyon içermediğinden oldukça güvenilir bir inceleme yöntemidir. Yüksek manyetik alan içinde aşağıda sayılan cihazlar etkilenecek doğru çalışmayabilir, bozulabilir, hayati risk yaratacak şekilde çalışmaları engellenebilir veya güçlü manyetik alanın çekim etkisi nedeniyle istenmeyen yer değiştirmeler olabilir. Bu nedenle vücudunuzda **kalp pili, metalik kalp kapağı, kohlear implantı, nörostimülatör** (sinirleri uyarıcı elektriksel düzene), **elektrikli infüzyon pompası, MR ile uyumlu olmayan damar filtresi, stent veya embolizasyon sargısı (koil)** var ise (Yalnızca hasta değil, hasta yakınları, sağlık personeli ve diğer kişiler de dahil) MRG odasına **giremezler**. Tetkik sırasında kontrast madde kullanılmak zorunda kalınırsa, kullanılan paramanyetik kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu sıklıkla hafif (kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı-kusma) veya ağır (hipertansiyon, nefes darlığı, şok, organ yetmezliği ve ani ölüm) bulgulara neden olabilir. Çoğu zaman bu bulgular acil tıbbi müdahale ile giderilir. Ancak nadir de olsa uygun acil müdahaleye rağmen ağır sonuçlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonu önceden belirleyen bir test mevcut değildir. Bu nedenle bilinen bir **alerjik hastalığı (bronşial astım, ilaç, gıda, polen alerjileri gibi) olanların veya daha önce herhangi bir kontrast maddeye karşı alerji gelişenlerin** bu durumlarını tetkike girmeden sorumlu doktor veya teknisyene haber vermeniz gerekmektedir. Bu tip durumlarda önceden ilaç kullanılarak (antihistaminik, steroid gibi) tetkik yapılabilir. Ancak yapılan bu premedikasyona rağmen alerjik reaksiyon yine de gelişebilir. **Böbrek fonksiyonları bozuk olan hastalarda** kullanılan kontrast maddenin **nefrojenik sistemik skleroz** yapma olasılığı vardır.

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

Kredi kartı, banka kartı, cep telefonları, saat, bilgisayar disketleri ve üzerinizde taşıdığınız büyük metalleri (Çıkabilen diş protezi, metal tokalı kemer, bozuk paralar, anahtarlık, silah, çakı, çengelli iğne) saç tokası ve küpelerinizi de çıkarınız. Göz çevrelerinde kullanılan bazı kozmetik maddeler görüntülerde bozulmalara yol açabildiğinden, baş bölgesine yönelik tetkik yapılacaksa bayanların göz çevresi makyajlarını silmeleri gereklidir.



MANYETİK REZONANS (MR) TETKİKİ İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu	HD.RB.24
Yayın Tarihi	01.02.2017
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa Numarası	2/2

MRG Tetkiki Sırasında Yapılması Gerekenler:

Herhangi bir zararlı etkisi olmayan MRG tetkiki için tünele benzeyen bir mıknatıs düzeneğinin içinde 15-30 dakika süreyle hareketsiz yatmanız gerekecektir. İçin rahat olsun, çünkü tetkikiniz sırasında bir cam pencere yardımıyla dışarıdan izlenebiliyorsunuz ve gerekirse çok çabuk bir şekilde tetkikiniz sonlandırılabilir ve dışarı çıkabilirsiniz.

Tetkik sırasında özellikle tetkikin yapıldığı vücut bölgesini kımıldatmamanız çok önemlidir. Bir kımıldama olursa görüntüler bozulabilir, tetkikiniz uzayabilir veya yapılamayabilir. Tetkik sırasında rahat nefes alıp verebilirsiniz. (Bazı durumlarda nefesinizi tutmanız istenebilir.) Aksi belirtilmedikçe gözlerinizi açıp kapatabilir veya sürekli kapalı tutabilirsiniz. Ancak öksürmeyiniz ve yavaş, düzgün soluk alıp veriniz. Bazı durumlar dışında yutkunmanızda sakınca yoktur. Tetkik sırasında kuvvetli tıkırtılar biçiminde sesler duyacaksınız.

Bazı incelemelerde göğüs bölgesine ya da el parmaklarına konulan parçalar ile kalp ve solunum ritminizin takibi gerekebilir.

Lütfen Aşağıdaki Formu Size Uygun Olacak Şekilde Doldurunuz:

	Hayır	Evet	Açıklayınız
Herhangi Bir Ameliyat Geçirdiniz Mi?			
Kalıcı Kalp Pili Kullanıyor Musunuz?			
Metal Kalp Kapağı Kullanıyor Musunuz?			
Kulak İçi İşitme Cihazı Kullanıyor Musunuz?			
Epilepsi (Sara) Cihazı Kullanıyor Musunuz?			
Vücudunuzda Metal Protez/Yabancı Cisim Var Mı?			
Rahim İçi Araç Takıyor Musunuz?			
Şu Anda Gebeliğiniz Var Mı? Emziriyor Musunuz?			
Daha Önce MR Çektirdiniz Mi?			
Astım, Alerji Veya İlaç Duyarlılığınız Var Mı?			
Anemi Veya Kan Hastalığınız Var Mı?			
Böbrek 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 TEDAVİNİN/AMELİYATIN UYGULANMASI MÜMKÜN DEĞİLDİR.