

Tarih :	Protokol :	Yaş :	Kilo :	Randevu Saati :
---------	------------	-------	--------	-----------------

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) GÖRÜNTÜLEME BİLGİ VE GÜVENLİK FORMU

Adı, Soyadı			
Adres			
Telefon	Ev / iş :	Cep :	
Hasta Şikayeti			
Gönderen Doktor/Bölüm			Tetkik :

UYARI**Bu tetkik, Röntgen (X-) Işınları ile yapılmakta olup, Radyasyon içermektedir!**

- * Bu nedenle, hamile veya hamile olma olasılığı olanların durumlarını mutlaka ilgili sorumlulara bildirmesi zorunludur. X-Işınları, hamileliğin erken dönemlerinde düşük yapmanıza veya doğmamış olan çocuğunuzda ciddi / kalıcı hasarlara neden olabilir.
- * Çekiminizin doktorunuzun isteği / ön tanısı doğrultusunda, en uygun biçimde yapılabilmesi için damaryolu açılıp, kontrast madde verilmesi gerekebilir. Kullanılan kontrast maddeler, bir takım renklendirmeler için olup, iyot içermektedir. İyotlu kontrast maddelere bağlı istenmeyen yan etkiler (alerjik reaksiyon) gelişebilir. Bu reaksiyonlar, sıklıkla hafif kaşıntı, döküntü, titreme, bulantı, kusma veya daha az sıklıkla şiddetli hipotansiyon, nefes darlığı, şok, organ yetmezliği gibi olabilir. Bunların çoğu anında acil müdahale ile giderilebilir. Ancak, nadiren de olsa alınan önlemlere karşın yine de istenmeyen ağır sonuçlar gelişebilir. Kullanılan ilaca bağlı yan etkilerin önceden belirlenebilmesi için bir test mevcut değildir. Bu yüzden, herhangi bir ilaca karşı allerjiniz varsa lütfen, ilgili personeli bilgilendiriniz / bu formda detaylıca belirtiniz.

Çekiminizin sorunsuz yapılabilmesi için, şimdi lütfen aşağıdaki sorulara açık, doğru bir şekilde cevap veriniz!

1.	1. Daha önce Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildiniz mi? Cevabınız EVET ise, tarih ve ne çekildiğinizi belirtiniz.	Evet	Hayır	
	2. Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? Cevabınız EVET ise, ne ameliyatı olduğunuzu belirtiniz.	Evet	Hayır	
	3. Astım / Allerjik Asıtım vb bir hastalığınız var mı?	Evet	Hayır	
1.	4. Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı? Varsa lütfen detay belirtiniz.	Evet	Hayır	
	5. Karaciğer Yetmezliği, Şeker, Yüksek Tansiyon vb bir hastalığınız var mı?	Evet	Hayır	
	6. Böbrek yetmezliğiniz var mı? Üre ve Kreatin Değerleri:	Test tarihi:	Evet	Hayır
	7. Bulaşıcı herhangi bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.	Evet	Hayır	

Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekimi hakkında kısa bilgilendirme:

*BT, Röntgen ışınları kullanılarak yapılan hızlı ve kesitsel tanı amaçlı bir görüntüleme tekniğidir. İnceleme hekim tarafından belirlenip, gerekli görüldüğünde ağızdan (oral), damardan (intavenöz), makattan (rektal) veya hepsi birden ilaç uygulaması yapılabilir.

*İlaçlı yapılması plananan Abdomen (Batın), Thorax (Akciğer), Pelvis ve Anjiyo çekimleri için en az 4 saat aç ve susuz olmanız gerekmektedir.

Yukarıda yazan bilgileri okuyup anladığımı, sorulan soruları kendim cevapladığımı, gerektiğinde soru sorabilme fırsatımın ve geri çevirme hakkımın olduğu bilgisinin tarafıma verildiğini tasdik ederim.

Formu Dolduranın Adı/Soyadı		İmza
Formu Onaylanın Adı/Soyadı		İmza

İlaçlı Tetkiklerle İlgili Açıklamalar:

Eğer çekiminiz Abdomen (Üst Batın), Pelvis (Alt Abdomen), BT Sanal Kolonoskopi tetkiklerinden biri ise aşağıdaki uyarıları dikkatlice okuyup, anlamadığınız bir konu varsa lütfen ilgili personle sorunuz.

Batın incelemeleri genellikle ağızdan ve/veya damar içerisine kontrast madde verilerek yapılmaktadır. Kullanılan kontrast maddeler, iyot içermekte olup yüksek hızda saniyeler içerisinde uygulanmaktadır. Bu durum vücutta bir miktar ısı artışına, eğer toksanız mide bulantısına yol açabilir. Bu nedenle, çekime girmeden en az 4 saat öncesinden yeme ve içmeyi bırakmalısınız.

Çekiminizin daha detaylı ve sindirim sistemi organlarınızın görüntülerde daha rahat ayırt edilebilmesi için 1.5 Litre su içerisine bir miktar kontrast eklenerek içmeniz istenebilir. Bu durumda, suyun size verilmesi anından itibaren çekim saatinize 4 saatten az bir süre kalmış ise hemen, aksi halde 4 saat öncesinde başlamak üzere, her bir yarım saate bir bardak su içmeye başlayınız. Son bir bardağınızı ise çekime alındığınızda içmek üzere yanınızda getiriniz.

Çekim odasına alınmadan metal içeren giysiler çıkarılacak, damar yolu açılacak ve geriye kalan su ise çekim odasına alındığınızda içmeniz istenecektir.

Gerektiğinde, kontrast madde eklenmiş yaklaşık 1-1,5 litre su ise makattan (rektal) uygulama tüpü ile çekim odasında verilecektir.

Damardan verilecek olan ilaç ise, otomatik enjektör veya el yardımıyla damar yoluna hızla enjekte edilip çekiminiz bir kaç dakika içerisinde sonlandırılmış olacaktır.

Yapılacak tetkik ve ön tanınıza göre ilaç uygulamalarının sırası ve zamanlarında farklılıklar olabilir. Bu konuda lütfen endişelenmeyiniz.

Çekimler bittikten ve filmlerinizin uzman hekim tarafından görülmesinden sonra ek çekim olarak MR, Ultrason, Röntgen tetkikleri istenebilir. Bu tamamen sizin yararınız gözetilerek en doğru tanıya ulaşmak için yapılıyor olacaktır. Lütfen ilgili personele bu konuda yardımcı olunuz.

Yukarıda belirtilmemiş olup, aklınıza takılan her türlü soruyu çekim odasına girmeden önce ilgili personele lütfen sorunuz!

Bilgilendirme ve Onam:

İşlem esnasında kullanılacak ilaçların alerjik reaksiyonlara neden olabileceği riskleri ve sonuçları tarafıma anlatıldı. Geri çevirme hakkımın bulunduğu ancak yasal açıdan geriçevirme hakkımın “tıbbi yönden sakınca bulunmaması” şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirecek durum yada durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve ön görülmeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılabilecek 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.

Teşhis amaçlı tetkik esnasındaki kullanılacak ilaçların, X-ışınının (radyasyon) teşhis amaçlı tetkiklerin doğmamış çocuk (fetüs) üzerindeki etkileri ve riskleri tarafıma anlatıldı. Şu anda hamile olmadığımı beyan ediyorum.

Bu tanı/teşhis amaçlı tetkiklerin sağlığıma daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığı tarafıma anlatıldı. Yapılacak olan 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 arzumu ve irademle yapılacak olan tetkikleri kabul ediyorum. Ayrıca teşhis amaçlı tetkiklerimin eğitim ya da sunum amaçlı olarak kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydı ile yayınlanmasına, fotoğraf ve video çekimi yapılmasına ve gerekirse gösterilmesine izin veriyorum.

Formu Onaylayanın Adı/Soyadı:

İmza