



	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.685
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	00
	NÜKLEER TIP KLİNİĞİSİNTİGRAFİSİ HASTA BİLGİLENDİRME VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1 / 1

Hastanın Adı Soyadı

T.C Kimlik No:

Hastalığın Ön Tanısı/Tanısı.....

Önerilen Sintigrafinin Uygulanış Biçimi:

.....radyofarmasötiği damardan/ağızdan uygulanır. Yapılacak çekimin özelliğine bağlı olarak belli bir bekleme dönemi ardından veya enjeksiyon yapılmasını takiben görüntüleme yapılır. Gerek görüldüğü takdirde çekimler belli aralıklar ile tekrar edilebilir.

Önerilen Sintigrafinin Beklenen Yararları:

Önerilen sintigrafisi ile organınızın çalışması incelenecek veya hastalığınızın vücutta yaygınlık derecesi veya olası olumsuz etkileri belirlenecektir. Bu tetkikin amacı bir hastalığın tanısı veya bilinen bir hastalığın takip ve değerlendirilmesinin daha etkin bir şekilde yapılmasıdır.

Önerilen Sintigrafinin Ciddi Riskleri:

Uygulanan sintigrafisinin bilinen ciddi bir riski yoktur. Ancak çevrenizdekiler açısından özellikle çocuk ve hamile kadınlardan 1 gün süre ile 1 – 2 metreden yakın temasta bulunmamanız, tercihen aynı ortamda olmamanız gerekmektedir.

HAMİLELİK VEYA HAMİLELİK ŞÜPHENİZ VARSA DOKTORUNUZA BİLDİRİNİZ. BU DURUMDA SİNTİGRAFİK ÇALIŞMLAR YAPILAMAZ. BEBEK EMZİRİYORSANIZ DOKTORUNUZU BİLGİLENDİRİNİZ. EMZİRME İŞLEMİNE 24 SAAT ARA VERİLMELİDİR.

Önerilen Sintigrafi Sırasında Gereksinim Duyulabilecek Ek Girişimler ve Riskleri:

Uygulanacak sintigrafi esnasında görüntüleme için gerekli işlemler dışında ek bir girişime gerek yoktur.

Önerilen Girişimi/Tedaviyi Ertelemenin veya Yaptırmamanın Sonuçları:

Önerilen sintigrafiyi ertelemeniz hastalığınızın tanısının konmasında ve tedavinin planlanması ve takibinde zorluklara veya gecikmelere yol açabilir.

Önerilen Sintigrafinin Ardından Hastanede Tahmini Kalış Süresi:

Uygulanan sintigrafik yöntem tetkikinin özelliği dolayısıyla hastanede yatmanızı gerektirmemektedir. İşlemin özelliğine göre hastanede kalış süreniz 1 – 6 saat arasında değişebilmektedir.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul edip etmediğinizi yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

.....

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta / Hasta Yakını			
Doktor/Hemşire			
Tanıklık eden			

Notlar:

1. Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.