

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HD.RB.282
		YAYIN TARİHİ	23.06.2015
		REVİZYON TARİHİ	--
	RADYOLOJİ BİRİMİ KONTRASTLI TETKİK HASTA BİLGİLENDİRME FORMU	REVİZYON NO	00
		SAYFA NO	1 / 1

Hastalarımızın Dikkatine ;

Bu tetkiklerde iyot içeren kontrast ilacının damardan verilmesi gerekir. Bu tür uygulamalarda, çoğunlukla geçici, ancak çok nadiren HAYATİ RİSK ARZ EDEBİLEN yan etkiler ortaya çıkabilir. Teşhis yetersizliğine ait sorumluluğu üstlenip ilaç kullanımını istemediğinizi belirtebilirsiniz.

Bazı durumlarda ve bazı özel uygulama tetkiklerinde (IVP, Mide-Kolon, Voiding, Batın Tomografisi , HSG ve benzeri). Doğru tanı koyabilmek için işlemlerden önce ağız, makat ve benzeri yerlerden son derece güvenli kontrast ilacı gerekebilir.

Aşağıdaki durumlarda tetkiki yapacak olan sağlık ekibini bilgilendirmeniz gerekmektedir.

*Kalp yetmezliği, alerjik astım, diyabet (şeker hastalığı), böbrek yetmezliği, böbrek üstü bez tümörü, guatr, kan ya da kemik iliği hastalıkları ve benzeri. Hastalıklarınız varsa

*Çok alerjik yapıda iseniz, ilaç alerjiniz varsa veya daha önce damar içi kontrast ilacına karşı alerjiniz olduysa

*Tetkik esnasında X ışını kullanıldığından, HAMİLELER İÇİN SAKINCALIDIR. Hamilelik durumu veya şüphesi varsa

Tetkik esnasındaki uyumunuz ve yardımınız kendi sağlığınıza yönelik en fazla katkıyı sağlamamız için çok önemlidir. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

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

.....

.....

İşbu Form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta / Hasta Yakını			
Doktor/Teknisyen			

Notlar:

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