SAYIN HASTA / VEKİL YASAL TEMSİLCİSİ

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek, zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

ÜST EKSTREMİTE ANJİYO BT: Bilgisayarlı tomografik anjiyografi damarlarda oluşan tıkanıklık, daralma, anevrizma, anormal damar ilişkisi(arteriovenöz malformasyon,fistül), ile diğer damar hastalıklarını teşhis etmek için kullanılan bir tetkiktir

KONTRAST SAĞLAYICI İLAÇ:İncelenecek doku ve organların diğer doku ve organlardan farklı tonda ve net görüntülenmesini sağlayan ve tetkik sırasında koldan damar içine verilen kimyasal maddelerdir. Damardan kontrast madde verilmesi ile ortaya çıkabilen kısa süreli hafif bulantı, sıcak basması, hapşırma, ürtiker (deri döküntüsü), kusma fenalık hissi, damar ve doku incinmesi olabilir. Daha nadir olarak astım, konvulsiyon, şok, anaflaksi ortaya çıkar ve çok nadir olarak da ölüm meydana gelebilir. Yapılacak tektik sırasında; gerektiği takdirde, anestezi veya sedasyon uygulaması anesteziyoloji uzmanı tarafından yapılır.

Bu tetkikte damar yolu ile uygulanan ilaçların tümü, böbrekler tarafından süzülerek kısa süre içinde vücuttan atılmaktadır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞACAĞINIZ SORUNLAR

Hastalığınız ile ilgili teşhisin yapılabilmesinde gecikme olabilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bu tetkikin hastalığınızın teşhisinde ya da ayrıcı teşhisinde sağlayacağı yararı tam karşılayabilecek bir alternatifi yoktur.

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR

Tetkik de teşhis kalitesini arttırmak için mutlaka damar içi kullanılması gereken KONTRAST MADDE adı altında farklı isimdeki tüm ilaçlar iyot içermektedir.

Damar içi ilaç kullanılmasına bağlı yan etkiler genellikle hafif veya orta derecelidir. Ancak iyotlu kontrast maddelerin kullanılmasına bağlı olarak nadirde olsa ölüm vakaları görülmektedir.

Damar içi ilaç kullanımı teşhis kalitesi için gerekli olmakta birlikte;

- Alerjik Bünyeli hastalarda (Penisilin alerjisi v.b.)
- Kalp Yetmezliği,
- Diyabet (Şeker hastalığı)
- Böbrek Yetmezliği,
- Guatr,

- Kan ve Kemik İliği Hastalığı durumunda kullanılması sakıncalıdır.
  Bu Hastalıklardan birine sahip iseniz tetkik öncesinde belirtmeniz gerekmektedir.

Tetkik sırasında X ışını kullanıldığından hamileler için sakıncalıdır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

30-90 saniye

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şuurum kaybolduğunda veya onay vermeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere……..
İsimli kişiye yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili / yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).
……..(El yazınız ile **okuduğumu anladım kabul ediyorum** yazınız.)

Hasta İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)…….

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi : İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)…….

Hasta onay vermediği taktirde(Hekim dolduracak):…….
……

Yukarda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girşime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor: Ünvanı İmza Tarih / Saat

Adı Soyadı :……..