

HASTA VE İNCELEME BİLGİLERİ

Hasta Adı Soyadı		T.C. Kimlik No	
Doğum Tarihi / Yaş		Protokol No	
İstenen İnceleme		İncelenecek Bölge	
İsteyen Hekim / Birim		Sorumlu Radyoloji Uzmanı	

ÖNEMLİ: Bu form, yapılacak sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. İşlemin amacı, uygulanış biçimi, beklenen yararı, olası riskleri, alternatifleri ve işlemin reddedilmesinin muhtemel sonuçları size anlayabileceğiniz şekilde açıklanmalıdır. Sorularınızı işlem öncesinde sorabilirsiniz.

I. MR İNCELEMESİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME

- MR nedir?:** Manyetik rezonans; güçlü bir manyetik alan, radyo dalgaları ve bilgisayar sistemleri kullanılarak vücudun ayrıntılı görüntülerinin elde edildiği bir yöntemdir. X-ışını ve iyonlaştırıcı radyasyon kullanılmaz.
- Nasıl uygulanır?:** İncelenecek bölgeye uygun bir alıcı yerleştirilir ve hasta cihazın tünel biçimindeki bölümüne alınır. Görüntülerin kaliteli olması için çekim sırasında mümkün olduğunca hareketsiz kalmanız gerekir. İnceleme süresi bölgeye ve kullanılan protokole göre değişir; genellikle 15–60 dakika arasındadır.
- İnceleme sırasında neler hissedilebilir?:** Cihazdan yüksek ve ritmik sesler gelebilir; kulak koruyucu verilir. Hafif ısınma, titreşim, kas seğirmesi, kapalı alan kaygısı veya uzun süre aynı pozisyonda kalmaya bağlı rahatsızlık oluşabilir. Görevli personelle sesli iletişim sürer ve gerektiğinde incelemenin durdurulmasını isteyebilirsiniz.
- Beklenen yarar ve sınırlılıklar:** MR, birçok hastalığın saptanmasına ve izlenmesine yardımcı olur; ancak her incelemede kesin tanıya ulaşamayabilir. Hareket, metal materyaller, vücut yapısı veya teknik sınırlılıklar görüntü kalitesini azaltabilir ve ek inceleme gerekebilir.
- Alternatifler:** Klinik soruya göre ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, röntgen, nükleer tıp incelemeleri veya takip gibi seçenekler bulunabilir. Uygun yöntem; sizi değerlendiren hekim ve radyoloji uzmanı tarafından yarar–risk dengesi gözetilerek belirlenir.
- Reddetme veya durdurma hakkı:** MR incelemesini veya kontrast madde uygulamasını kabul etmeme hakkınız vardır. İnceleme sırasında durdurulmasını talep ederseniz işlem, güvenliğinizi gözetken sağlık ekibinin değerlendirmesiyle mümkün olan en kısa sürede sonlandırılır. Reddetmenin tanıda gecikme, eksik değerlendirme veya başka bir yönetime ihtiyaç doğurabileceği size açıklanır.

ESKİ İNCELEMELER: Önceki MR/BT/US görüntülerinizi mümkünse DICOM formatında CD, USB veya kurumun kabul ettiği dijital yöntemle getiriniz. Yalnızca raporun ya da sınırlı çözünürlüklü görüntülerin bulunması karşılaştırmayı kısıtlayabilir. e-Nabız sistemi üzerinden milimetrik karşılaştırmalı ölçümler teknik olarak yapılamamaktadır. Eski görüntülerinizi merkezimize dijital olarak nasıl ulaştırabileceğiniz hakkında bilgiye www.integra.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

II. KONTRAST MADDE VE ÖZEL DURUMLAR

- 1. Kontrast madde kullanımı:** Bazı MR incelemelerinde tanısal değeri artırmak amacıyla damar yoluyla gadolinyum içeren kontrast madde uygulanabilir. Kontrast gerekliliğine, klinik bilgi ve görüntüleme bulgularına göre radyoloji uzmanı karar verir. Her MR incelemesinde kontrast kullanılmaz.
- 2. Sık görülebilen hafif etkiler:** Enjeksiyon yerinde kısa süreli soğukluk veya sıcaklık hissi, metalik tat, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kaşıntı ya da sınırlı döküntü görülebilir. Bunların çoğu kısa sürelidir.
- 3. Nadir ciddi etkiler:** Yaygın kurdeşen, yüz veya boğazda şişme, nefes darlığı, tansiyon değişikliği, kalp ritim bozukluğu ve çok nadiren yaşamı tehdit eden aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişebilir. Böyle bir durumda standart acil tıbbi müdahaleler uygulanır.
- 4. Damar dışına kaçma:** Kontrast madde enjeksiyon sırasında damar dışına kaçabilir; ağrı, şişlik ve kızarıklık oluşabilir. Çoğu olgu basit önlemlerle düzelir; nadiren ek değerlendirme veya tedavi gerekebilir.
- 5. Böbrek hastalığı:** İleri böbrek yetmezliği veya akut böbrek hasarı bulunan kişilerde kontrast seçimi ve gerekliliği özel olarak değerlendirilir. Çok nadir görülen nefrojenik sistemik fibrozis riski nedeniyle güncel böbrek fonksiyon testleri istenebilir ve uygun kontrast ajan seçilir.
- 6. Alerji öyküsü:** Daha önce aynı tür kontrast maddeye karşı reaksiyon geçirmiş olmak en önemli risk bilgilerindendir. Rutin deri veya kan testleri, kontrast reaksiyonunu güvenilir biçimde önceden göstermez. Geçmiş reaksiyonun türünü ve mümkünse kullanılan ilacın adını bildiriniz.

III. HAMİLELİK, EMZİRME VE AÇLIK

- 1. Hamilelik:** Hamileyseniz veya hamilelik olasılığı varsa işlem öncesinde mutlaka bildiriniz. Kontrastsız MR, tıbben gerekli olduğunda gebeliğin herhangi bir döneminde yarar-risk değerlendirmesiyle uygulanabilir. Gadolinyumlu kontrast gebelikte genellikle kullanılmaz; yalnızca elde edilecek bilginin zorunlu olduğu ve beklenen yararın olası riskten üstün bulunduğu durumlarda düşünülür.
- 2. Emzirme:** Standart doz damar içi gadolinyumlu kontrast sonrasında emzirmeye rutin olarak ara verilmesi genellikle gerekli değildir. Ancak hastanın kişisel tercihi doğrultusunda, kontrast madde enjeksiyonundan sonraki ilk 24 saatte sağılan sütün imha edilmesi alternatif bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Kullanılan ajan, annenin ve bebeğin özel durumu ile kişisel tercihler doğrultusunda radyoloji uzmanınızla görüşebilirsiniz.
- 3. Açlık:** Rutin damar içi gadolinyum uygulaması için genel olarak açlık gerekmez. Ancak karın/MRCP gibi belirli incelemeler için size özel açlık veya hazırlık talimatı verilebilir. Merkezin randevu sırasında bildirdiği hazırlık talimatına uyunuz.

GÜVENLİK İLKESİ: MR cihazının mıknatısı sürekli aktiftir. MR personelinin izni olmadan çekim odasına girmeyiniz. Kalp pili, pompa, implant veya harici tıbbi cihazınızı kendi başınıza çıkarmayınız ya da bağlantısını kesmeyiniz; cihazın MR uyumluluğu ve güvenli yönetimi personel tarafından doğrulanmalıdır.

Hazırlık notu: Takı, saat, anahtar, telefon, kart, bozuk para, saç tokası, çıkarılabilir protez, metal içeren giysi ve benzeri eşyalar güvenli alanda bırakılmalıdır. Makyaj, metal parçacıklı kozmetik ve ilaç bantları personelin önerisine göre çıkarılmalıdır.

IV. MR GÜVENLİK SORGULAMA FORMU *Lütfen her soruyu işaretleyiniz; "Evet" yanıtlarını açıklayınız.*

UYARI: Eksik veya yanlış bilgi ciddi yaralanmaya yol açabilir. Emin olmadığınız her implant, cihaz, ameliyat veya metal maruziyetini MR personeline bildiriniz.

No	SORU / BEYAN	YANIT
1	Daha önce MR incelemesi yaptırdınız mı? Tarih / kurum / incelenen bölge:	☐ HAYIR ☐ EVET
2	Bugünkü şikâyetinizle ilişkili eski MR, BT, US, röntgen veya ameliyat görüntüleriniz var mı? Varsa teslim/erişim yöntemi:	☐ HAYIR ☐ EVET
3	Daha önce ameliyat oldunuz mu veya vücudunuza implant/protez yerleştirildi mi? Ameliyat, yıl, kurum ve materyal:	☐ HAYIR ☐ EVET
4	Kalp pili, ritim kaydedici, yapay kalp kapağı, damar stenti, filtre, coil veya anevrizma klipsiniz var mı? Cihazın marka/modeli ve implant kartı:	☐ HAYIR ☐ EVET
5	Koklear implant, işitme implantı, nörostimülatör, beyin pili, ağrı pili, ilaç/insülin pompası veya benzeri elektronik cihazınız var mı? Marka/model:	☐ HAYIR ☐ EVET
6	Vücudunuzda mermi, şarapnel, metal parça veya özellikle göz çevresinde metal çapak bulunma olasılığı var mı? Yer / olay / tarih:	☐ HAYIR ☐ EVET
7	Ortopedik protez, plaka, vida, tel, çivi; diş teli; doku genişletici; cerrahi klips veya başka bir metal materyaliniz var mı? Yer / materyal / tarih:	☐ HAYIR ☐ EVET
8	Bilinen böbrek hastalığınız, böbrek ameliyatınız, tek böbreğiniz, akut böbrek sorunuz veya diyaliz öykünüz var mı? Son kreatinin: mg/dL eGFR: mL/dk/1,73 m ² Tarih: / / 20....	☐ HAYIR ☐ EVET
9	Daha önce gadolinyumlu MR kontrastına veya başka bir ilaca karşı reaksiyon geçirdiniz mi? İlaç/kontrast adı ve reaksiyon:	☐ HAYIR ☐ EVET
10	Astım, ciddi alerji, mastositoz veya düzenli kullandığınız önemli ilaçlar var mı? Açıklama:	☐ HAYIR ☐ EVET
11	Kapalı alan korkunuz, kontrol edilemeyen ağrınız, istemsiz hareketiniz veya düz yatmanıza engel durumunuz var mı? Açıklama:	☐ HAYIR ☐ EVET
12	Vücudunuzda büyük dövme, kalıcı makyaj, metal içerikli kozmetik, ilaç bandı, vücut piercingi veya çıkarılamayan takı var mı? Yer / tür:	☐ HAYIR ☐ EVET
13	Hamile misiniz, hamilelik olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz? Gebelik haftası / son adet tarihi / emzirme durumu:	☐ HAYIR ☐ EVET
14	Güncel kilonuz ve boyunuz nedir? Kilo: kg Boy: cm	Kayıt alanı soldadır.

Hasta / temsilci beyanı: Yukarıdaki sorulara doğru ve eksiksiz yanıt verdiğimi, emin olmadığım durumları personele bildirdiğimi beyan ederim.

Hasta / Kanuni Temsilci Adı Soyadı: İmza:	Tarih / Saat / / 20.... :	Ön Kontrolü Yapan Personel Adı Soyadı: İmza:
--	---	---

V. ONAM (RIZA) BEYANI VE İŞLEM SEÇİMLERİ

Beyanım: MR incelemesinin amacı, uygulanışı, beklenen yararları, olası riskleri, sınırlılıkları ve alternatifleri; kontrast madde gerekebileceği ve kontrasta ilişkin riskler; işlemi reddetmenin veya durdurmanın olası sonuçları tarafıma anlayabileceğim şekilde açıklandı. Sorularımı sorma fırsatı buldum ve yeterli yanıt aldım. Kararımı herhangi bir baskı altında kalmadan veriyorum.

A. MR İNCELEMESİ

- ☐ Kabul ediyorum
☐ Kabul etmiyorum

B. DAMAR İÇİ KONTRAST MADDE

- ☐ Gerekli görülürse kabul ediyorum
☐ Kabul etmiyorum
☐ Bu incelemede planlanmadı

VI. İMZALAR

Hasta

Karar verme yeterliği bulunan hastanın kendisi

Adı Soyadı:

Tarih / Saat: / / 20.... :

İmza:

Kanuni Temsilci / Veli / Vasi

Yalnızca hukuken gerekli olduğu durumlarda

Adı Soyadı:

Tarih / Saat: / / 20.... :

İmza:

Bilgilendirmeyi Yapan Sağlık Meslek Mensubu

Sözlü bilgilendirmeyi yapan kişi

Adı Soyadı:

Tarih / Saat: / / 20.... :

İmza:

İşlemi Uygulayan / Denetleyen Sağlık Meslek Mensubu

İşlem sırasında doldurulur

Adı Soyadı:

Tarih / Saat: / / 20.... :

İmza:

Gerektiğinde tercüman / tanık: Adı Soyadı: Görevi /
Yakınlığı: İmza:

VII. REDDETME VEYA ONAMI GERİ ÇEKME KAYDI

- ☐ MR incelemesini reddediyorum.
☐ Damar içi kontrast madde uygulamasını reddediyorum.
☐ Daha önce verdiğim onamı geri çekiyorum ve işlemin durdurulmasını talep ediyorum.

Reddetme / geri çekme gerekçesi (isteğe bağlı):

.....
..

Beyan: Bu kararın tanıda gecikme, eksik değerlendirme, ek inceleme ihtiyacı veya klinik sonuçlarda olumsuzluk doğurabileceği tarafıma açıklandı. Sorularımı sordum ve kararımı özgür irademle verdim.

Hasta / Kanuni Temsilci

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih / Saat

.... / / 20....

.... :

Açıklamayı Yapan Sağlık Meslek Mensubu

Adı Soyadı:

İmza:

Form tek nüsha düzenlenir ve hasta dosyasında saklanır.