



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) İŞLEMLERİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu form iki kopya düzenlenir. Bir kopyası hastaya verilir.

Aşağıda imzası olan ben

Dr.ile görüşüm (hastanın yazısı ile) bana,

- 1) Sağlık durumum ve konulan tanı.
- 2) Önerilen tıbbi girişimin türü, başarı şansı ve süresi.
- 3) Taşıdığı riskler (X ışını nedeniyle iyonizan radyasyon), verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri (damardan kontrast maddeye karşı alerjik veya anafilaktik reaksiyon).
- 4) İşlemin uygulanmaması durumunda yaratacağı sorunlar.
- 5) Olası tedavi seçenekleri ve riskleri ve sonuçları konusunda açık bir dille bilgi aldım ve bu bilgileri anladım.
- 6) Soru sormama olanak tanındı.
- 7) Doktorumun önerdiği BT işleminin uygulanmasına ve bu sırada tıbben gerekli görüldüğü takdirde ek işlemlerde bulunulmasına,
 izin veriyorum izin vermiyorum
- 8) Uygun görülen ağızdan (oral), makattan (rektal) ve damardan (intravenöz) kontrast madde uygulanmasına
 izin veriyorum İzin vermiyorum
- 9) Bana uygulanacak tıbbi girişim sırasında eğitim amaçlı kullanmak üzere fotoğraf çekilebileceği veya kayıt yapılabileceği anlatıldı.
 Kimliğimin gizli tutulması ve sadece tıbbi eğitim veya araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile izin veriyorum.
 İzin vermiyorum

Hasta: Ad Soyad : Tarih : Saat :
Adres :
Tel : İmza

Veli / Vasi (Hastanın 18 yaşından küçük veya onam verebilecek yeterliğe sahip olmaması halinde)
Ad Soyad : Tarih : Saat:
Adres :
Tel : İmza



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT) İŞLEMLERİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Hekim: Hastayı tanısı, önerdiği girişimsel yöntemin türü, uygulama biçimi, başarı şansı, hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, önerilen işlemi kabul etmemesi durumunda hastalığının yaratacağı sonuçlar, olası girişimsel yöntemlerin seçenekleri ve riskleri konularında bilgilendirdim ve **anlamasını sağladım.**

Ad Soyad :

Tarih :

Saat:

İmza:

Varsa görüşme tanığı/çevirmen

Ad Soyad :

Tarih :

Saat:

Adres :

Tel :

İmza