



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**BT SIRASINDA UYGULANAN**  
**KONTRAST MADDE İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

<b>Hasta Adı-Soyadı:</b>	<b>Cinsiyeti:</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
<b>Protokol No:</b>	<b>Doğum Tarihi:</b>
<b>T.C. No:</b>	

Hastalığınız nedeni ile Radyoterapi (Işın Tedavisi) uygulanacaktır. Bu tedavinin yapılması için tedavi pozisyonunda Bilgisayarlı Tomografiniz çekilecektir. Bu form size çekilecek olan tetkik sırasında kullanılması gereken kontrast madde hakkında bilgilendirilmeniz amacı ile hazırlanmıştır. Lütfen dikkatle okuyunuz. Sorularınız hekim tarafından cevaplandırılacaktır. İşlemi kabul ediyorsanız bu onam formunu imzalayınız.

Bu form iki kopya düzenlenir. Bir kopyası hastaya verilir.

Sayın Hastamız/ Hasta Yakınımız Radyasyon Onkoloğunuz tarafından hastalığınız nedeni ile Radyoterapiniz ayarlanmıştır.

**Simülasyon İçin Bilgisayarlı Tomografi (Kontrastlı)**

**Hastanın Boyu ve Kilosu** : .....cm / .....kg

**Damar yolu ile ilaç Uygulaması** :  Var  Yok

**Anestezi Uygulaması** :  Var  Yok

İşlem için anestezi uygulanacağı, anestezi uygulamasının nasıl yapılacağı Anestezi Uzmanı tarafından hastaya açıklandı ve onay alındı.

**Önerilen Tetkikin Riskleri:**

Kontrast madde toplar damarlarınızdan elle veya otomatik enjektör ile verilerek çekim yapılır. Nadiren de olsa otomatik enjektör ile yüksek basınçta verilen kontrast madde damar duvarındaki zayıf alanların yırtılmasına neden olarak kontrast maddenin doku içerisine kaçmasına, dokuda şişme ve ağrıya neden olabilir. Kontrast madde çok zayıf bir ihtimalde olsa sizde bulantı-kusma hissi, ciltte kızarıklık, kaşıntı, nefes darlığı gibi sıkâyetlere neden olabilir. Bu durumlarda lütfen çekim ekibini uyarınız. Ayrıca tomografi kontrast maddeleri iyot içerdiği için bazı kişilerde iyot allerjisine bağlı reaksiyonlar görülebilir. Bu nedenle inceleme öncesinde teknisyen ya da doktorunuza bu tür maddelere karşı daha **önce allerjik bir reaksiyon gösterip göstermediğinizi ve eğer varsa başka maddelere karşı olan allerjinizi bildiriniz.** Kontrast madde **böbrek yetmezliği ve guatr olan hastalar ile diyabet ilacı** kullananlarda istenmeyen, ağır yan etkilere neden olabilir. Bu tip hastalığınız var ise çekim öncesinde mutlaka çekim ekibini **uyarınız.**

**Lütfen aşağıdaki formu size uygun olacak şekilde doldurunuz.**

	Evete	Hayır	Açıklayınız
<b>Allerjiniz var mı?</b>			
<b>Daha önce allerjik reaksiyon geçirdiniz mi?</b>			
<b>Daha önce kontrastlı tetkik yapıldı mı?</b>			
<b>Guatr veya böbrek yetmezliği gibi bir hastalığınız var mı?</b>			
<b>Seker hastalığı için ilaç kullanıyor musunuz?</b>			
<b>Kalp hastalığınız var mı? Var ise, ne tip kalp hastalığınız var?</b>			
<b>Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?</b>			
<b>Hamileliğiniz veya hamilelik süpheniz var mı?</b>			
<b>Bilinen bir kan hastalığınız var mı?</b>			

**Önerilen Tetkikin Kapsamı Ve Onay**

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tetkik ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularım, yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda müdahale edilmesine izin veriyorum.



İÜ  
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ  
BT SIRASINDA UYGULANAN  
KONTRAST MADDE İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Aşağıda imzası olan ben ....., bu formun içeriğini anladım uygulanacak olan tetkiki bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

**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 :

**Bilgilendirmeyi Yapan Hekim:**

Ad Soyad :

Tarih :

Saat:

İmza :