

**1. İşlemden beklenen faydalar**

Bu tetkikler böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi için yapılmaktadır.

**2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar**

İşlemleri yaptırmadığınız takdirde tedavinizde gecikmeler yaşanabilir.

**3. Varsa işlemin alternatifleri**

Bu işlemin alternatifi yoktur.

**4. İşlemin riskleri-komplikasyonları**

Radyoaktif madde kullanılarak yapılan tetkikler, gebelik süresince uygulanmamalıdır. Gebelik olasılığınız var ise lütfen doktorunuza bilgi veriniz. Emziren anneler için de tetkik cinsine göre değişen sürelerde ek önlem alınması gerekeceğinden, doktorunuzu durumdan haberdar ediniz.

**5. İşlemin tahmini süresi**

Görüntülemeniz **yaklaşık 40 dakika** sürecektir. Ek çekim gerekmesi halinde bu süre uzayabilir.

**6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar**

Radyoaktif maddenin oluşturduğu yan etkilerden en sık olarak bulantı, ciltte kızarıklık (eritem), yüzde kızarma, bölgesel veya yaygın deri döküntüleri, baş ağrısı, ağızda metalik tat, nöbet ve kaşıntı görülür. İyonizan radyasyonun özellikle kan hücreleri ve genitoüriner sistem üzerinde kanserojen etkisi olduğu tanınmış amaçlı olarak kullanılan dozlarda **gösterilmemiştir.**

**7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar**

Bu tetkik için hastanın aç olmasına gerek yoktur. Bu tetkik için hastanın aç olmasına gerek yoktur. Erişkin hastalar için yanınızda **1,5 litre su** getiriniz. Eğer hasta çocuk **500 ml su** getirmesi gerekmektedir. Çocuk ve bebeklerin içeceği su miktarı nükleer tıp doktorunuz tarafından belirlenecektir. Size su içmeye başlamanız gereken zaman görevliler tarafından söylenecektir. Su içmeye başladıktan yaklaşık yarım saat sonra damar yolunuzdan radyoaktif madde verilecek ve görüntülemeniz başlayacaktır.

**Radyoaktif maddenin etkisi geçene kadar (yaklaşık 24 saat) çocuklardan ve gebelerden uzak durmanız gerekmektedir.**

Bölümümüzde, meydana gelebilecek reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor ve sağlık personeli bulunmaktadır.

**120 kg ve üzeri hastalar çekime alınmayacaktır.**

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

**Hastanın veya Yakınının**

Adı- Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih-Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza : \_\_\_\_\_  
Yakınlık Derecesi: \_\_\_\_\_

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

**İŞLEMİ YAPAN (Hekim)**

Adı – Soyadı : \_\_\_\_\_  
Kaşe / İmza : \_\_\_\_\_  
Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_