

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-807
	DAKRİOSİNTİGRAFİ (GÖZYAŞI KANALI SİNTİGRAFİSİ) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :01.10.2024 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:28.02.2025 Sayfa No :1 / 2

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
Tarih : Protokol No :
Gebelik Durumu : VAR ☐ YOK ☐

GENEL BİLGİLER

Radyoaktif madde kullanılarak yapılan tetkikler, gebelik süresince uygulanmamalıdır. Emziren annelerin tetkik cinsine göre değişen sürelerde ek önlem alması gerekeceğinden, doktorunuzu durumdan haberdar ediniz. İnceleme günü diğer randevularınızı iptal ediniz. İnceleme sonrası gebe ve çocuklardan 12 saat süreyle uzak durunuz.

- Bu inceleme için aç kalmanıza gerek yoktur.
- Bu test için ön hazırlık gerekmemektedir.
- Testi yaptırmak istemiyorsanız lütfen randevunuzu telefon ile iptal ettiriniz.

Dakrio - Gözyaşı kanalı Sintigrafisi:

Hastanın her iki gözüne birer damla Tc-99m-DTPA adlı radyofarmasötik damlatıldıktan sonra görüntüleme yapılacaktır. Görüntüleme süresi yaklaşık 40 dakikadır. Doktorunuzun gerekli görmesi durumunda ek görüntüler alınabilir ve buna bağlı olarak görüntüleme süresi uzayabilir.

Test esnasında kullanılan ajanların çok düşük te olsa alerji yapma olasılıkları vardır. Hastanın maruz kalacağı radyasyon dozu minimal düzeyde ve yasal sınırlar içindedir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

Hastanın gözyaşı kanallarının incelendiği bu tetkik, tıkanma/darlık durumunu tespit ederek doktorunuzun uygulanacak tedaviyi belirlemesinde yardımcı olacaktır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA (REDDETME) / ERTLEME KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Önerilen sintigrafiyi erteleme hastalığınızın tanısının konmasında ve tedavinin planlanmasında ve takibinin yapılmasında zorluklara veya gecikmelere yol açabilir.

DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ (İŞLEM ALTERNATİFLERİ) VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ:

Hamilelik veya hamilelik şüpheniz varsa doktorunuzu mutlaka bilgilendiriniz. Bu durumda sintigrafik çalışmalar yapılamaz.

Bebek emziriyorsanız mutlaka bildiriniz. Bebek emziriyorsanız emzirme işlemine tetkikten sonra 24 saat ara verilmelidir. Tetkikten sonra çevrenizdekiler açısından özellikle çocuk ve hamile bayanlardan 1 gün süre ile 2 metreden yakın temasta bulunmamanız tercihen aynı ortamda olmamanız gerekmektedir.

Bölümümüze gelirken tetkik size yapılacaksa yanınızda bebek/çocuk getirmeyiniz.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-807
	DAKRİOSİNTİGRAFI (GÖZYAŞI KANALI SİNTİGRAFİSİ) İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Yayın Tarihi :01.10.2024 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:28.02.2025 Sayfa No :2 / 2

Randevu saatinden 15 dakika önce, tetkik yapılacak hasta 5 yaşından küçük çocuk ise randevu saatinden yarım saat önce bölüme gelinir.

Nükleer Tıp incelemeleri esas olarak fonksiyonel / fizyolojik bilgi veren yöntemlerdir. Bazı Nükleer Tıp tetkiklerinde fonksiyonel / fizyolojik bilgiye ek olarak anatomik bilgi de verilmektedir. Hastalığınızın tanısı ya da tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Nükleer Tıp incelemelerinin verdiği bilgiyi birebir karşılayacak alternatif yöntem olmamakla birlikte, ön tanı veya tanınıza göre Nükleer Tıp incelemesi dışında uygun olabilecek alternatif görüntüleme yöntemi seçimi konusunda tetkiki isteyen doktorunuzdan bilgi almanız önerilmektedir. Bölümümüzde, meydana gelebilecek reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor ve sağlık personeli bulunmaktadır. İnceleme veya radyasyon güvenliği ile ilgili sorularınızı Nükleer Tıp personeli ve uzman doktorlar ile görüşebilirsiniz.

Hekimim, yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve muhtemel yan etkiler hakkında beni yazılı ve sözlü olarak detaylı bir şekilde bilgilendirmiştir. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM.(Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki boş alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız) Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını kabul ediyorsanız el yazınızla "OKUDUM, ANLADIM ve ADINIZI SOYADINIZI yazarak imzalayınız.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakınının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Tercüman Adı Soyadı:

İmza :

Yukarıda 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 tedavi bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :