

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-877 Yayın Tarihi :12.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 3
	VOIDİNG (MİKSİYON) SİSTOÜRETROGRAFİSİ İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-ONAM FORMU	

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
Tarih : Protokol No :

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

Normal koşullarda idrar akımı daima böbreklerden idrar kesesine doğru ve tek yönlüdür. İdrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ise sıklıkla mesaneden böbreklere doğru anormal idrar kaçışı (reflü) olmaktadır. Bu kaçış bir süre sonra böbreklerde hasar bırakabilir ve bu nedenle erken tanı ve tedavisi gereklidir. Voiding sistouretrografi idrar kesesi ve alt idrar yollarını değerlendiren ve reflü tanısını koyduran altın standart testtir. Doppler ultrasonografi ve bazı sintigrafik yöntemlerle daha düşük duyarlılıkla reflü tanısı konulabilir fakat bu tetkikler reflü derecesi ve mesane-alt üriner sistem hakkında bilgi vermeyebilir.

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR):

Test öncesi birkaç gün önce verilen idrar incelemesi ve kültürünün normal olması gerekmektedir. Test radyoloji bölümünde doktor/hemşire ve teknisyenden oluşan ekip tarafından yapılır ve yaklaşık 30 dakika sürer. Anne ya da diğer yakınları çekim sırasında çocukla beraber kalabilir. Gebelik kuşkusu olan ya da gebe olan kişilerin işlem sırasında orada bulunmaması gereklidir. Hasta masanın üzerine yatırılır. Gerekli temizlik sağlandıktan sonra çocuğun yaşına uygun bir sonda idrar kesesine yerleştirilir. Bu sonda yardımı ile idrar kesesi x-ray kameraları (röntgen cihazı) ile görülebilen ilaç konulmuş serum ile doldurulur. Mesane tam olarak dolduğunda böbreğin ve idrar yollarının röntgen filmi çekilir. Sonda çıkarılır çocuğun işemesi beklenir. İşeme sırasında da görüntüler çekilir ve test sonlandırılır. Ancak film çekilirken çocuğun hareketsiz kalması gerekmektedir. Kateter takılırken ve mesanesi tamamen doldurulduğunda çocuğunuz hafif bir rahatsızlık hissedebilir.

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

1. Bu inceleme X ışını ile yapılır. Elde edilecek yarar kullanılan düşük doz radyasyon ile ilişkili olabilecek minimal riskten daha fazladır. Radyasyon riski çok düşük olmakla birlikte sıfır da değildir.
2. Steril malzeme kullanılarak ve sterilite kurallarına uyularak işlem yapılmasına rağmen enfeksiyon riski vardır. Bu nedenle çocuğunuzun ateş, karın ağrısı gibi yakınmaları olursa hemen kliniğimize başvurması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-877 Yayın Tarihi :12.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 3
	VOIDİNG (MİKSİYON) SİSTOÜRETROGRAFİSİ İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-ONAM FORMU	

gerekmektedir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI

Hastanın mevcut hastalığının tanısının konmasına yardımcı olacaktır.

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

İşlemin mevcut alternatifi yoktur.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Hastadan hastaya değişim göstermekle birlikte 10-20 dk arasında sürmektedir.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Hekim Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul ettiğimizi ve onay verdiğimizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığının üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-877
	VOIDİNG (MİKSİYON) SİSTOÜRETROGRAFİSİ İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ RIZA-ONAM FORMU	Yayın Tarihi :12.11.2025 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 3

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakının 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 anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :