

HASTALAR İÇİN MANYETİK REZONANS BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Tarih ____/____/____ Hasta Numarası _____
Adı/Soyadı _____ Yaşı _____ Boy _____ Kilo _____

Doğum tarihi ____/____/____ Erkek Kadın Tetkik adı _____
Adres _____ Telefon (____) _____ - _____

Hastanın şikayetleri _____
Gönderen Doktor _____ Doktorun telefonu (____) _____ - _____

1. Herhangi bir ameliyat ya da operasyon geçirdiniz mi (Artroskopi, endoskopi vb) ? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

Tarih: ____/____/____ Ameliyat tipi: _____

Tarih: ____/____/____ Ameliyat tipi: _____

2. Herhangi bir Görüntüleme yöntemi (MR, Tomografi.,Röntgen US) yapıldı mı ? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

MR _____

BT _____

Röntgen _____

US _____

Nükleer Tıp _____

Diğer _____

3. Daha önce çektirdiğiniz MR işleminde herhangi bir sorun yaşadınız mı? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

4. Gözünüzde herhangi bir metalik cisim ile ya da yabancı cisim ile yaralanma oldu mu? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

5. Metalik bir cisim ya da yabancı cisim ile yaralandınız mı (mermi, şarapnel vb) ? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

6. Sürekli kullandığınız ya da yakın zamanda kullandığınız bir ilaç tedavisi var mı? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

7. Herhangi bir ilaca karşı alerjik durumunuz var mı? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

8. Astım, alerjik reaksiyon, solunum sıkıntısı öyküsü ya da, MR'da, tomografide, röntgende kullanılan kontrastlı ilaçlara karşı alerjik reaksiyon oldu mu? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

9. Kansızlık, anemi, böbrek hastalığı, böbrek nakli, yüksek tansiyon, karaciğer hastalığı, şeker ya da epilepsi gibi hastalığınız var mı? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

Bayan Hastalar İçin;

10. Son adet tarihi : _____ Postmenapozal? Evet Hayır

11. Gebelik var mı, ya da adet gecikmesi mevcut mu? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

12. Doğum kontrol ilaçları ya da hormon tedavisi alıyormusunuz? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

11. Kısırlık tedavisi görüyor musunuz? Evet Hayır

Eğer evet ise belirtiniz: _____

14. Emziriyor musunuz? Evet Hayır

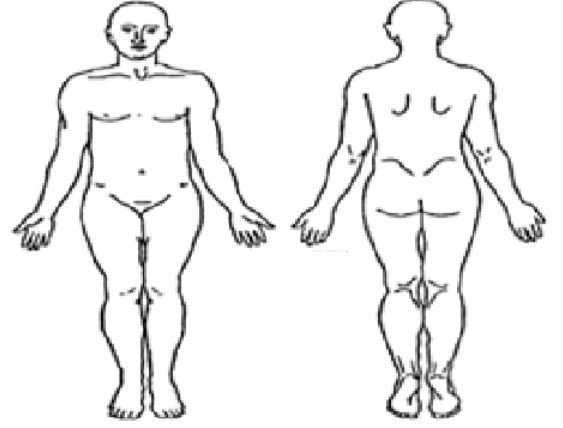


UYARI: Bazı Metalik İmplantlar ve Objeler MR ortamında zararlı olabilir. Bu tür implant ve objeler ile ilgili şüpheli bir durumunuz var ise MR ortamına girmeyiniz. MR odasına girmeden önce MR teknisyenine ya da Radyolog'a başvurunuz. MR ortamında sürekli manyetik alan mevcuttur.

Aşağıdakilerden size uygun seçeneği işaretleyiniz

<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Anevrizma klipsi
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kalp pili
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İmplant kardiyoverter defibrillatör (ICD)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Elektronik implant ya da obje
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Manyetik olarak aktif implant ya da obje
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Nörostimülasyon sistemleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Spinal kord stimülatörleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İnternal elektrotrlar ya da kablo
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kemik büyütme/füzyon stimülatörleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Koklear otoljik ya da diğer kulak implantları
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İnsülin ya da diğer infüzyon pompaları
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İmplant ilaç infüzyon aletleri
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Protez tipleri (Göz, penil, vb)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kalp kapak protezi
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Göz kapağı teli ya da kablosu
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Suni ya da proteetik ekstremite proteziniz varmı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Metalik stent, filtre ya da koil
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Shunt (spinal ya da intraventriküler)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Vasküler girişim port ya da kateter
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Radyasyon seeds ya da implant varmı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Swan-Ganz ya da thermodilasyon kateteri varmı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İlaç patch (yama) (Nikotin,nitroglicerın)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Herhangi bi metalik parça ya da yabancı cisim
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Tel mesh implant varmı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Cerrahi klip, staples, metalik sütür
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Doku genişleticisi varmı (meme)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Eklemler protezi (Kalça, diz vb)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kemik Eklem Vidası (Çivi, tel, plaka vb)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Spiral, diyafram
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diş protezi
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Piercing, takı malzemesi
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İşitme cihazı (girmeden önce çıkartınız)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diğer implantlar
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Solunum sıkıntısı ya da hareket sıkıntısı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Kloströfobi (kapalı alan korkusu)

Vücudunuzda bulunan implant ya da metali resime işaretleyiniz



ÖNEMLİ BİLGİLENDİRME

Metalik objeleri, işitme cihazlarını, diş protezlerini, anahtarları, cep telefonlarını, gözlükleri, toka, saç tokası, takıları, piercingi, saat, kağıt ataç, kredi kartları, banka kartları bozuk paraları, kalem, cep bıçağı, tırnak makası, pantolon kemeri gibi malzemeleri çıkartmadan MR odasını girilmez. Herhangi bir sorunuz varsa MR teknisyenine ya da radyoloji uzmanına başvurunuz.

Not: MR tetkiki esnasındaki gürültüye bağlı olası işitme problemlerini önlemek için kulak tıkacı ya da diğer koruma cihazlarının kullanılması önerilir ve gereklidir.

Yukardaki soruları doğru şekilde cevaplandırdım. Bu formun içeriğini okudum anladım ve formdaki konular ile ilgili yeterli şekilde soru sorma imkanım oldu. Uygulanacak olan tetkiki bilincim yerinde olarak kabul ediyorum

Formu dolduranın imzası:				Tarih:		
Form dolduran kişi:	<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> Hasta yakını:	<input type="checkbox"/> Hemşire	Adı/Soyadı	Yakınlık Derecesi	
Formu kontrol eden kişi	Adı/Soyadı			İmza		
<input type="checkbox"/> MR teknisyeni	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Radyolog	<input type="checkbox"/> Diğer			