



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
GEBE VE GEBELİK ŞÜPHESİ OLAN HASTAYA RADYOLOJİ
UYGULAMASI İÇİN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.29
Yayın Tarihi	07.05.2024
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	1 / 1

Radyolojik görüntüleme işlemi radyoloji teknisyenleri tarafından yapılacaktır. Teşhis amaçlı inceleme yapılarak hastalığın tanısını koymak ve yapılması gereken tedaviye karar verebilmek için önemlidir. 2-5 Saniye ışınlama süresi. Gebelik durumunda x-ışını almanız gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçirir. Eğer çekimin yapılması zorunlu ise çekilecek film sayısı azaltılır ve ışınlama süre kısaltılır. Kurumumuzda tam boy tüm karın kısmını örten kurşun önlük bulunmaktadır. Böylece kurşun önlük ile karın kısmı korunur. Bu şekilde alınacak radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimali oldukça azaltılır. Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetüsün maruz kaldığı ışınlamanın, canlı doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür. Fetüsün aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez. Hamilelik süreci ve bebek için risk oluşturmamaktadır.

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Endodonti Anabilim Dalı Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Formundaki açıklamaları okudum, anladım ve doğabilecek tüm komplikasyonlar hakkında bilgi edindim. Tedavimle ilgili sorularımın cevaplarını aldım. Kendim veya yakını olduğum hastam/çocuğum ile ilgili sorulara doğru bilgi verdim ve eksik bilgi bırakmadım. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek tüm komplikasyonlarda başka bir hastaneye sevkimi kabul ediyorum.

Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacaktedavi/tedavilerin E. Ü.

Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Endodonti Anabilim Dalı Kliniğinde Asistan, Dr. Asistan, Uzm.Dr., Dr.Öğr.Üyesi, Doç. Dr., Prof. Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda diş hekimliği klinik öğrencilerinin "Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Endodonti Anabilim Dalı Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Formu"nda belirtilen tedavileri hekimlerin nezareti altında yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf, radyografi ve video görüntülerinin alınmasına, diş ve doku parçalarının bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum. Bununla birlikte, yapılacak bazı tedavilerin 1 seansta tamamlanamayıp, birden fazla seans sürebileceğini de kabul ediyorum.

Aşağıdaki boşluğa el yazınız ile **'okudum, anladım, kabul ediyorum'** yazınız.

Tarih:.....

Hasta Adı-Soyadı:.....

Hastanın Yasal Temsilcisi(* - Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No'su :

İmza :

Hekimin Adı-Soyadı :

Tarih/Saat : /

İmza:.....

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır.(Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)