

HASTA DIŐI KİŐİLER İÇİN MANYETİK REZONANS BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

UYARI: MR görüntüleme sistemi çok kuvvetli manyetik alan içermesi nedeni ile eğer üzerinizde metalik elektronik manyetik mekanik implant malzemeler varsa zarar oluşturabilir. Bu nedenle MR ortamına ya da odasına girmeden önce bu form doldurulmalıdır. Ortamda manyetik alanın sürekli bulunduğu unutulmamalıdır.

Not: Eđer hasta olarak MR işlemleri yapılacaksa başka bir form doldurmanız gerekir.

Tarih ____ / ____ / ____ Adı/Soyadı _____ Yaşı _____

Adres _____ Telefon (____) ____ - _____

1. Daha önce herhangi bir operasyon geçirdiniz mi (Artroskopi, endoskopi vb) ? Evet Hayır

Eđer evet ise belirtiniz: _____

Tarih: ____ / ____ / ____ Cerrahinin tipi: _____

2. Gözünüze herhangi bir metalik cisim ile ya da yabancı cisim ile yaralanma oldu mu? Evet Hayır

Eđer evet ise belirtiniz: _____

3. Herhangi bir metalik cisim ya da yabancı cisim ile yaralandınız mı (mermi, şarapnel vb) ? Evet Hayır

Eđer evet ise belirtiniz: _____

4. Gebelik ya da gebelik şüphesi var mı? Evet Hayır



UYARI: Bazı implantlar, malzemeler ve objeler MR ortamına veya MR odasına girişte zarar meydana getirebilir. MR ortamı ya da MR odasına girişteki malzemeler ile ilgili şüpheniz varsa kesinlikle girmeyiniz.

Vücudunuzda aşağıda belirtilenlerden biri var mı?

<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	Koklear otoljik ya da diđer 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, penis, vb)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Suni ya da protezik ekstremite proteziniz varmı
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Eksternal/internal metalik cisim
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	İşitme cihazı (girmeden önce çıkartınız)
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diđer implantlar
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	Diđer objeler



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.

Yukardaki soruları doğru şekilde cevaplandırdım. Bu formun içeriğini okudum anladım ve formdaki konular ile ilgili yeterli şekilde soru sorma imkanım oldu.

Formu doldurmanın imzası: _____ Tarih: _____

Formu kontrol eden kişi Adı/Soyadı _____ İmza _____

MR teknisyeni Radyolog Diđer