

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

04/02/2025

İlan No : 2025-02-484  
İstem No : 78893  
Alım No :  
Talep Eden Birim : Radyoloji / Radyoloji  
Konu : KIRTASIYE MALZEMESİ ALIMI

AYŞ

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 07/02/2025 12:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Tesl. Süresi (Gün)
1	RADYOLOJİ A.D. ÖN HAZIRLIK FORMU, RAD-FR-36-C	500	Adet					
2	RADYOLOJİ A.D. ÖN HAZIRLIK FORMU, RAD-FR-36-D	500	Adet					
3	RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ-DİREK RADYOGRAFI KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-16	2500	Adet					
4	PERKÜTAN BİYOPSİ - TİROİD VEYA BOYUN - HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-24	250	Adet					
5	ANJİYOGRAFI, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-28	500	Adet					
6	DRENAJ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-30	500	Adet					
7	EMBOLİZASYON, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-31	100	Adet					
8	İĞNE BİYOPSİSİ, HASTA ONAM FORMU, RAD-FR-32	500	Adet					

Mersin Üniversitesi Hastanesince aşağıda ihtiyacı olan cins,miktar ve özellikleri belirtilen malzemelerin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur.Proform faturanın aşağıdaki şartlara göre düzenlenerek Satınalma Bürosuna gönderilmesini rica ederim.

- 1-Tekliflerin yazılı olması,
- 2-İhale dökümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,
- 3-Teklif verilen malzemelerin teslim süreleri, barkod numarası, markaları ve ambalaj şekillerinin yazılması,
- 4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilip,birim fiyatlarının rakamla ve yazıyla yazılması,
- 5-Üzerinde kazıntı,silinti,düzeltilme bulunmaması,
- 6-Ad,Soyad veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması,
- 7-Teklif verilmeyecekse FAKS mesajının bir açıklama ile gönderilmesi,
- 8- Malzemeler ilgili firma yetkilisince depoya teslim edilecektir.Kurum bilgisi ve izni dışında kargo ile yapılan malzeme,fatura,irsaliye teslimatları kesinlikle kabul edilmeyecektir.
- 9- Teklif verilen malzemelerin, idarenin kesin siparişine müteakip teslim sürelerinin teklif mektubunda bildirilmesi zorunludur\_Teslim süresi ve opsiyon süresi bildirilmeyen teklifler kesinlikle kabul edilmeyecektir.

**Önemli 10- Fiyat teklif cetveline teslimat süreleri mutlaka yazılmalıdır**

**TESLİMAT SÜRESİ,UBB KODU,MARKA BELİRTİLMEYEN TEKLİFLER DEĞERLENDİRME DIŞI OLACAKTIR,TEKLİFLER SIRA NUMARASINA GÖRE VERİLMELİDİR.**

İrtibat Fax: 0324 241 00 90 TLF: 0324 241 00 00 - 2570-2571  
Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

BÜNYAMİN GÜLTEKİN

Hastane Müdür Yrd.

**NOT : İlanlarımız [www.mersin.edu.tr](http://www.mersin.edu.tr) adresinde yayımlanmaktadır.**



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.



ANJİYOGRAFİ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

**Durum ve İşlem**

Hastalık(lar) ( Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Anjiyografi

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama,
2. Enfeksiyon,
3. İğne giriş yerinde damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ile lokal anesteziye veya tedavi amacıyla damar içerisine enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kalp ritmi bozuklukları, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi), böbrek yetmezliği,
5. Kontrast madde ile böbrek fonksiyonlarında bozulma,
6. Kateterize edilen damarlarda nadiren damar zedelenmesi, damar tıkanıklığı (tromboz/emboli) ve kan pıhtısının oluşumu gelişebilir.
7. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanındı.

Ben ( Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) ..... , bana ( hastama ) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla( komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana ( hastam ..... ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Mersin Üniversitesi Hastanesi  
RADYOLOJİ A.D.



DRENAJ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

**Durum ve İşlem**

Hastalık(lar) (Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : Drenaj

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Damar duvarında zedelenme ve damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. İğne ile girilen organda ya da komşu organlarda hasar, diyafram ya da akciğer zarlarının iğne ile delindiği durumlarda akciğerin sönmesine neden olabilen akciğeri saran zarlar arasında hava birikimi (pnömotoraks)
5. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ya da enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kardiyovasküler yetersizlik, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi)
6. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermeme için yeterli süre tanındı.

Ben (Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) ....., bana (hastama) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla (komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana (hastam) ..... ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.



EMBOUZASYON HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

**Durum ve İşlem**

**Hastalık(lar) ( Tanı / Ön Tanı) :**

**Seçilen / Uygulanacak İşlem :** Embolizasyon

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Damar duvarında zedelenme ve damar zedelenmesine bağlı tıkanıklıklar, baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında fistül
4. Kateter ile tıkanması istenilen damara sevk edilen tıkaçıcı tıbbi materyalin daha önceden tıkanması öngörülmemen damarlara hareket etmesi ve bunun neticesinde istenmeyen damarların tıkanıklığına yol açması
5. İşlem sırasında veya sonrasında kanamalar
6. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde ya da enjekte edilen ilaca karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kardiovasküler yetersizlik
7. Kontrast maddeye bağlı böbrek fonksiyonlarında bozulma
8. İşlem sırasında, işlemin süresine göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorların planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanıdı.

Ben ( Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) ....., bana ( hastama ) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla( komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana ( hastam ..... ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.

2000  
S 26807



PERKÜTAN BIOPSI- TIROID VEYA BOYUN-HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı /Yaşı	
Protokol no :	

**Durum ve İşlem**

**Hastalık(lar) : ( Tanı / ön Tanı)**

(Hastaya veya yakınına ifade edildiği şekli ile yazınız):

**Seçilen / Uygulanacak İşlem :** Perkütan Biopsi---- Tiroid veya boyun

Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. İğne giriş yolunda kanama
2. Enfeksiyon
3. Biopsi yapılan organ hasarı- cerrahi onarım gerektiren
4. Biopsi yapılan organda/ çevresinde damar yaralanması – hematoma
5. Biopsi yapılan organ komşuluğundaki organ – anatomik yapılarda hasar - cerrahi girişim gerektirebilen

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanıdı.

Ben ( Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) ..... , bana ( hastama ) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlarla( komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana ( hastam ..... ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ – DİREK RADYOGRAFİ  
KONTRAST MADDE KULLANIMI İÇİN HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı			
Hasta dosya numarası			
Yapılacak inceleme	Bilgisayarlı Tomografi	İntravenöz Ürografi	Diğer (adı yazılacak)

**AÇIKLAMA:**

Birazdan size damardan kontrast madde verilerek radyolojik inceleme yapılacaktır. Bu incelemenin kontrast madde verilerek yapılması hastalığınızın doğru olarak tanınması için gereklidir.

**KONTRAST MADDE NEDİR?**

Bazı radyolojik incelemelerden önce, toplardamara takılan bir iğne yardımıyla verilen ilaçtır. Kontrast madde damara verildikten sonra, vücuttaki organ ve dokulara nüfuz eder ve normal organ/dokular ile hastalıklı dokular arasında zıtlık oluşturur. Böylece hastalıklı dokuların tanınması kolaylaşır.

**KONTRAST MADDE KULLANIMI SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN İSTENMEYEN DURUMLAR NELERDİR?**

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra, bulantı, kusma, ciltte kızarıklık ve kaşıntı, ateş basması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumlar, dakikalar içinde, genellikle tedavi gerektirmeden, kendiliğinden geçer. Nadiren nefes daralması, kalp atımlarında düzensizlik, şuur bozukluğu, böbrek fonksiyonlarında bozulma gibi tıbbi müdahale gerektiren durumlar oluşabilir.

Çok nadir olarak, nefes ve kalp durması ve ölümlerle sonuçlanan durumlar gelişebilir. Bu durumu önceden kestirmek mümkün değildir.

Kontrast madde verilen damarın zedelenmesine bağlı, damarın bulunduğu el, kol gibi vücut bölgelerinde ağrı, şişlik, renk değişikliği görülebilir.

**HASTANIN YAPMASI GEREKENLER NELERDİR?**

Daha önceden bilinen allerjiniz, kalp ve damar hastalığınız, böbrek hastalığınız, astımınız varsa inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

"Metformin" içeren şeker ilacı (Diaformin, Glange, Glifor, Glucophage, Gluforce, Gluformin, Glukofen, Matofin, Metfull) kullanıyorsanız inceleme öncesi hekiminize bilgi verin.

Kontrast madde verilirken ya da verildikten sonra yukarıda belirtilen durumlar ortaya çıkarsa Radyoloji Birimi'ndeki hekime veya teknikere mutlaka bildirin.

**RADYASYON**

Ayrıca tetkik sırasında, tetkike göre değişmekle birlikte bir miktar radyasyona maruz kalınmakta olup bu durum gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tehlikelidir. Böyle bir durumunuz varsa hekiminize bildiriniz.

Doktorumun tüm açıklamalarını-yukarıda yazılanları dinledim/okudum. İşlemin riskleri konusunda bilgilendirildim.

İşleme bağlı ortaya çıkabilecek sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İşlem sırasında ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği belirtildi. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Yapılacak işlemden istediğim zaman vazgeçme hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.

Bana yapılacak işlemi ve bu işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve tedavilerin uygulanmasını, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi rızamla kabul ediyorum.





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.



### İĞNE BİYOPSİSİ HASTA ONAM FORMU

Hasta adı soyadı :	
Hastanın yaşı	
Protokol no :	

#### Durum ve İşlem

Hastalık(lar) ( Tanı / ön Tanı) :

Seçilen / Uygulanacak İşlem : İğne biyopsisi  
Gelişebilecek Komplikasyonlar:

1. Girişim yerinde gerilim hissi, hafif ağrı (narkozun kesilmesinden sonra) ve küçük morluklar; kanama, giriş yerinde ya da girişim yapılan organda damar zedelenmesine bağlı baloncuk gelişimi, atar ve toplardamarlar arasında ilişki ve iç kanamalar görülebilir.
2. Nadiren damarlara mikrop girmesine kadar götürebilen enfeksiyonlar görülebilir.
3. Anestezi ilaçlarına karşı nadiren mide bulantısı, kaşıntı, ürtiker, tansiyon düşmesi, bayılma, kalp ritmi bozuklukları, alerjik reaksiyonlar (örneğin gırtlakta mukoza derisinin şişmesi, astım nöbetleri, kan dolaşım bozuklukları veya şok gibi) gelişebilir.
4. Nadiren iğne ile girilen organda ya da komşu organlarda hasar, diyafram ya da akciğer zarlarının iğne ile delindiği durumlarda akciğerin sönmesine neden olabilen akciğeri saran zarlar arasında hava birikimi (pnömotoraks) gelişebilir.

Doktorumun tüm açıklamalarını dinledim. İşlemin amacı, özellikleri, işlem ile ilgili riskler, işlemi kabul etmemem halinde ortaya çıkabilecek riskler ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildim. Sonuçlara ilişkin hiçbir garanti verilemeyeceği tarafıma anlatıldı. İzni geri çekme hakkım bulunduğu ancak yasal açıdan geri çekme hakkımın "tıbbi yönden sakınca bulunmaması" şartına bağlı olduğu açıklandı. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. İşlem süresince ve sonrasında beklenmeyen ve öngörülemeyen bir sorunun oluşması halinde işlemin genişletilebileceği veya yukarıda belirtilmemiş başka işlem ve tedavilerin uygulanmasının gerekebileceği anlatıldı. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği, diğer hallerde tekrar rıza alınacağı bana anlatıldı. Hastalık ve tedavisi ile ilgili sorulara tatmin edici cevaplar aldım. Karar vermem için yeterli süre tanıdı.

Ben ( Hasta / yakını tarafından elyazısı ile doldurulacaktır) ....., bana ( hastama ) yapılacak işlemi, taşıdığı riskleri ve olabilecek istenmeyen durumlara( komplikasyonlarla) ilgili yukarıda belirtilen açıklamaları dinledim, okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında;

..... isimli girişim ve bunun komplikasyonlarına bağlı doktorların gerekli göreceği girişim ve diğer tedavilerin, Bana ( hastam ..... ya) uygulanmasını, hiç bir baskı altında kalmadan, kendi irademle (hastam adına) kabul ettiğimi ve rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Gerekli tüm boşluklar imzalanmadan önce doldurulmuştur.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İmza
Hasta veya Hasta yakını/vasisi/velisi			
Tanık			
	Adı-Soyadı / Görevi	Tarih-Saat	İmza
Doktor			





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.  
HASTA HAZIRLIK FORMU



**HASTA ÖN HAZIRLIK FORMU  
KORONER BT ANJİYOGRAFI**

- 1) Tetkikten önceki akşam saat 19.00'da 1 adet, tetkik sabahı saat 07.00'da 1 adet olmak üzere, size reçete edilen "Beloc"tan alın.
- 2) Tetkikten önceki gün ve tetkik günü; çay, kahve, sigara içmeyin, alkol almayın.
- 3) Yazılan diğer ilaçları çekime gelirken yanınızda getirmeyi unutmayın.
- 4) Çekim öncesi aç olun.

Form No: RAD-FR-36-d

Form Yay. Tarihi: 10.10.2017

Form Rev. Tarihi:

Form Rev. No: 00



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ A.D.  
HASTA HAZIRLIK FORMU



**HASTA ÖN HAZIRLIK FORMU  
HİSTEROSALFİNGOGRAFI (HSG)**

- 1) Tetkikten önceki akşam 1 adet, tetkik sabahı 1 adet olmak üzere, size reçete edilen ağrı kesiciden alın.
- 2) Yazılan diğer ilaçları çekime gelirken yanınızda getirmeyi unutmayın.

**ÖNEMLİ NOT:** Çekim günü saat 08.00'da **MUTLAKA** Radyoloji AD'de olun. Gecikmeniz durumunda tetkikiniz yapılamayacaktır.

Form No: RAD-FR-36-e

Form Yay. Tarihi: 10.10.2017

Form Rev. Tarihi: 21.01.2025

Form Rev. No: 01