

**1. İşlemden beklenen faydalar**

Bölümümüze miyokard perfüzyon sintigrafisi (Tc-99m MIBI ile) tetkikinizin yapılması amacıyla gönderilmiş bulunmaktasınız. Bu tetkik kalbi besleyen damarlardaki darlığı araştırmak ve kalp dokusundaki iskemik alanları belirlemek için kullanılan bir tetkiktir.

**2. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar**

İşlemleri yaptırmadığınız takdirde tedavinizde gecikmeler yaşanabilir

**3. Varsa işlemin alternatifleri**

Kalp damarlarını ve iskemik dokuları değerlendirmek için yapılabilecek daha az invaziv (girişimsel) bir tetkik mevcut değildir.

**4. İşlemin riskleri-komplikasyonları**

Radyoaktif madde kullanılarak yapılan tetkikler, gebelik süresince uygulanmamalıdır. Gebelik olasılığınız var ise lütfen doktorunuza bilgi veriniz. Emziren anneler için de tetkik cinsine göre değişen sürelerde ek önlem alınması gerekeğinden, doktorunuzu durumdan haberdar ediniz.

**5. İşlemin tahmini süresi**

**Tüm çekimlerin tamamlanması 5-6 saat kadar sürebilir. Bütün gününüzü bu çekim için ayırmanız gerekmektedir.**

**6. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar**

İşlem için kullanılan radyoaktif maddenin türüne bağlı olarak nadir olmakla birlikte yan etkiler görülebilir. Tetkik için kullanılan Tc-99m sestamibi isimli ajanın oluşturduğu yan etkilerden en sık olarak bulantı, ciltte kızarıklık (eritem), yüzde kızarma, bölgesel veya yaygın deri döküntüleri, baş ağrısı, ağızda metalik tat, nöbet ve kaşıntı görülür. İyonizan radyasyonun özellikle kan hücreleri ve genitouriner sistem üzerinde kanserojen etkisi olduğu tanınmış amaçlı olarak kullanılan dozlarda **gösterilmemiştir.**

Farmakolojik stres için uygulanan ilaca bağlı olarak tansiyon düşüklüğü, çarpıntı, senkop görülebilir. Meydana gelebilecek reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor ve sağlık personeli bulunmaktadır.

**7. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar**

Bu tetkikin yapılabilmesi için tetkik **günü aç olarak gelmeniz**, varsa kalp ve diyabet ilaçlarınızı size söylenen zamanlarda bırakmanız, size verilen listedeki çekim için **gerekli olan yiyecek-ıçecekleri ve malzemeleri** mutlaka yanınızda getirmeniz gerekmektedir. Görüntülemenin düzgün yapılabilmesi için metal parçalar içermeyen rahat kıyafetler giymeniz önerilir. Aç değilseniz veya ilaçlarınızı kesmediyseniz lütfen doktorunuza bilgi veriniz.

**Test iki aşamadan oluşmaktadır.**

**1)** Çekimden önce koşu bandında efor yapmanız istenecektir; efor yapmaya engel durumunuz var ise sorumlu hekim tarafından değerlendirilerek farmakolojik efor (ilaç ile) uygulanacaktır. Efor (koşu bandında veya ilaç ile) sonunda radyoaktif madde enjeksiyonu yapılacak, **yaklaşık 30-60 dakika sonra, 20 dakika süren** ilk görüntüleme işlemi uygulanacaktır. Bu süre içinde hareketsiz kalmanız gerekmektedir. Ek çekim gerekmesi halinde bu süre uzayabilir.

**2 ) İkinci görüntüleme için** dinlenme halinde damar yolu ile radyoaktif madde uygulaması yapılacaktır. Radyoaktif madde uygulanmasını **takiben 1 saat sonra** ikinci görüntüleme işlemi başlayacak, **yaklaşık 20 dakika sürecektir.** Bu süre içinde hareketsiz kalmanız gerekmektedir. Ek çekim gerekmesi halinde bu süre uzayabilir.

**Radyoaktif maddenin etkisi geçene kadar (yaklaşık 24 saat) çocuklardan ve gebelerden uzak durmanız gerekmektedir.** Meydana gelebilecek reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor ve sağlık personeli bulunmaktadır.

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

**Hastanın veya Yakınının**

Adı- Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih-Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_  
İmza : \_\_\_\_\_  
Yakınlık Derecesi: \_\_\_\_\_

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

**İŞLEMİ YAPAN (Hekim)**

Adı – Soyadı : \_\_\_\_\_  
Kaşe / İmza : \_\_\_\_\_  
Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_