**BİLMENİZ GEREKENLER**

 Gebeyseniz veya gebelik şüpheniz varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmelisiniz. Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çekimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçirir. Eğer çekimin yapılması zorunlu ise çekilecek film sayısı kısıtlanır veya florskopi zamanı mümkün olduğunca kısa tutulur. Karın kısmının örtülebilen her yeri kurşun örtüyle korunur. Daha sonra fetal dozun hesaplanabilmesi için kullanılan x-ışını parametrelerinin ( radyografi için kvp, mAs, ışınlama alanı ve florskopi için ortalama kvp, ışınlama süresi, ışınlama alanı ) kayıtları tutulur. Hasta, alacağı radyasyon dozunun bir probleme yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir. 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. Ancak fetal dozun 150 mg’ın üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.

**Diş hekimliği radyolojisinde**; x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi. Doğru tanı ve tedavinin başlamasını sağlayarak hastanın sağlığına kavuşması.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

Tetkik kabul edilmezse, mevcut durum anlaşılamayacağından doğru tedavinin uygulanması güçleşecektir. Tanı ve tedavinizin uygulanmasında gecikmeler yaşanabilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Alternatifi yoktur.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

İşlem süresince minimum düzeyde radyasyona maruz kalınır. Hamilelik ve hamilelik şüphesi olan hastalarda acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez.

X-ışınının canlılar üzerinde 2 farklı grup yan etkisi vardır: Birinci grup yan etkilerin gelişiminde radyasyon dozu arttıkça oluşacak hücre hasarı artar. Düşük dozlarda genellikle bu etkinin olması beklenmez. Radyasyonun bu tip etkileri arasında bebeğin karında ölmesi, organlarının bozuk gelişmesi, zeka geriliği sayılabilir. İkinci grup yan etkilerin gelişiminde hasar olasılığı radyasyon dozuyla artar ancak hasarın şiddeti dozdan bağımsızdır. Dolayısıyla tamamen güvenli bir eşik değer söz konusu değildir. Bu tip yan etkiler arasında kan kanseri (lösemi), organlarda tümör oluşumları, kanserler, genetik anomaliler ve buna bağlı hastalık, sakatlık veya ölümler sayılabilir. Yan etkiler kısa zaman içinde ya da uzun yıllar içerisinde görülebilir

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Ortalama 5 dk dır.(Ancak bu süreye bekleme süresi dahil değildir.)

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

**…**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

......................................................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

**8.** **HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

 Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağız, Diş ve Çene Radyoloji Kliniği’nde Prof. Dr, Dr. Öğr. Üyesi, Öğr.Gör. Araş. Gör. ünvanına sahip hekimlerin gözetimi altında stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına; eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi, fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

**Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ,işlemi kabul ettiğinizi‘ OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

**.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Kişi** | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İmza** |
| **Hasta /Hasta Yakını\*** |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |
| **Tanıklık eden** |  |  |  |
| **Hastane İletişim** | 0416 225 19 20 |

*\**Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.