

TRD Yeterlilik Kurulu, Rehber ve Standartlar Komitesi

GELENEKSEL RADYOLOJİ RAPORU YAZIM REHBERİ
Belge No: 001
Hazırlanma Tarihi: 10.4.2008
Tanım: Bu rehber radyolojik incelemelerin rapor edilmesinde yararlanılabilecek temel kuralları ve nitelikli bir raporda bulunması gereken unsurları tanımlamayı amaçlamaktadır. Rehberden yararlanılması halinde nitelikli bir raporun yazılabilmesi için önemli bir çerçeve elde edilmiş olacağından mesleki uygulamalarda yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

1. Giriş

Radyolojide raporlama işlemi, radyolog ile klinisyen arasındaki en önemli iletişim aracıdır. Geleneksel olarak radyoloji raporu radyologlar tarafından serbest metinler halinde hazırlanır. Son yıllarda, bu raporların yerini elektronik ortamda hazırlanan ve yapılandırılmış biçimde oluşturulan rapor yöntemleri almaya başlamış olmasına karşın raporun bir iletişim aracı olma özelliği önemini sürdürmektedir. İncelemenin tümünü özetleyen ve bir belge niteliği taşıyan radyoloji raporu, bu iletişimi en iyi şekilde sağlamalı ve inceleme amacını en üst düzeyde karşılayacak şekilde hazırlanmalıdır. Radyoloji raporu, aynı zamanda, karar süreçlerinde bir dayanak olarak kullanıldığından, yazan kişi ve o bilgilere göre hareket edecek olan klinisyen için yasal açıdan bağlayıcı bir belge niteliğindedir. Bu nedenlerle radyoloji raporunun belirli kurallara uyularak hazırlanması ve standardize edilmesi gereklidir.

Türk Radyoloji Derneği, bu rehberi mesleki uygulamalardaki gereksinimi karşılamak amacıyla eğitsel bir araç olarak hazırlamıştır. Derneğimiz uygulamalardan yasal olarak sorumlu olan hekimlerin kendi bilgi, deneyim ve kararlarına saygı göstermekte olup rehberde yer alan ifadelerin kesin hükümler olmadığı bilinmelidir.

2. Uygulama

2.1 Uygun kağıt seçimi

Raporumuzun yazılacağı kağıdın seçilmesi önemli bir karardır. Çeşitli defalar zarfından çıkarılıp okunacağı, elden ele dolaştırılacağı ve uzun dönem arşivleme zorunluluğu gibi unsurlar dikkate alınarak bu amaca uygun bir kağıt seçilmelidir. Bu amaçla genel olarak A4 formunda kaliteli beyaz bir kâğıt kullanılması yeterlidir. Rapor için kullanılacak kağıdımızı bu doğrultuda seçilerek üzerinde kurum ya da merkez bilgilerinin bulunacağı bir form şeklinde hazırlanmış olması tercih edilmelidir.

2.2 Rapor kağıdında bulunması gereken bilgi alanları

İyi bir rapor kağıdı üzerinde tetkikin raporlandığı merkezin “**AÇIK ADRESİ**” ve varsa “**ANTET**” veya “**LOGO**”sunun bulunması gerekir. İyi tasarlanmış bir rapor formunda “**RAPORUN YAZILDIĞI TARİH**”, incelemesi yapılan kişinin “**ADI**”, “**SOYADI**”, “**YAŞI**”, “**CİNSİYETİ**” ve incelemenin yapıldığı kurumca verilmiş “**PROTOKOL NUMARASI**”nın yazılacağı standart alanların belirlenmiş olması ve raporda bu noktaların doğru olarak doldurulmuş olması gerekir.

2.3 Rapor öncesi açıklamalar

İyi bir radyoloji raporunda bulguların tanımlanmasına başlamadan önce inceleme ile ilgili aşağıdaki bilgilendirmelerin yapılması gereklidir. O nedenle rapor “**TETKİK ADI**”nın belirtilmesiyle başlamalıdır. Hemen sonrasında, tetkikin yapılış nedenini belirten klinik bulgular ile aranan patolojinin tanımlandığı “**KLİNİK BULGULAR VE ÖN TANI**” bölümüne yer verilir. Bunu uygulanan tekniğin “**TEKNİK PROTOKOL**”ünün açıkladığı bölüm izlemelidir. Radyoloji raporu, başka bir merkezde elde edilmiş bir

tetkinin konsültasyonu amacıyla yapılıyorsa, “**TETKİKİN YAPILDIĞI MERKEZİN ADI**”, “**TETKİKİN YAPILDIĞI TARİH**” ve “**RAPORLANDIRMA GEREKÇESİNİN VURGULANMASI**” uygun olur. Bu durum, özellikle adli olgularda büyük önem taşır. Tetkik sırasında protokol belli bir nedenden dolayı değiştirilmiş, bir nedenden dolayı tetkik kalitesi olumsuz etkilenmişse veya “**İSTENMEYEN/BEKLENMEYEN BİR DURUM**” gelişmiş ise durumun gerekçesi bu bölüme eklenmelidir. Örneğin, kronik böbrek yetersizliğine bağlı kreatinin seviyesi yüksek olan bir hastadaki IV yolla iyotlu kontrast madde verilememesi burada açıklanmalıdır.

2.4 Bulgular

Bu bölüm “**BULGULAR**” başlığı altında hazırlanmalıdır. Klinik açıdan önemli bir bölüm olan bulguların belirli bir sıra ile tanımlanması önemlidir. Bu sıra, tetkik türüne veya kişinin tercihinine göre değişebilir. Ancak, lezyonlar tanımlanırken metrik ölçümlerle sayısal olarak tanımlanmalı, eski incelemeler varsa kıyaslama yapılmalı ve saptanan bulgular, sorgulanan klinik soruya yanıt vermelidir. İzlenen bulgular kısa ve net cümlelerle uygun bir terminoloji ve yalın bir dil kullanılarak tanımlanmalıdır. Gözlenen her bulgu önem düzeyine bakılmaksızın raporda tanımlanmalıdır. Ancak, bulguların tanısal karşılığı bu bölümde belirtilmemelidir. Raporda tekrar cümlelerden kaçınılmalıdır. Tetkikte izlenen bulgular, acil tedavi gerektiren bir tabloyu işaret ediyorsa, incelemeyi isteyen hekim, telefon veya başka bir hızlı iletişim aracı ile durumdan haberdar edilerek, bu durum raporda belirtilmelidir.

Bir lezyona ait bulguların tanımlanmasında akılda kolay kalması nedeniyle 10 önemli başlık oluşturulabilir. Buna göre bir lezyonun tanımlanmasında onun bölgesel yerleşim yeri, boyutları, kenar özellikleri, iç yapısı, içeriği ve dağılımı, tanı aracına göre ekojenitesi, dansitesi ya da intensitesi, vasküler özelliği, komşuluk ilişkileri, neden olduğu ikincil sorunlar ve zamana göre davranışının belirtilmesi uygun bir yol olacaktır. Tüm tanımlamalarda uluslar arası kabul görmüş, bilimsel kavramlardan ve sınıflamalardan yararlanması dil ve algı birliği sağlayacaktır.

2.5 Sonuç ve Yorum Bilgisi

Bulgular kısmının sonunda, izlenen bulguların radyolojik anlamını gösteren “**SONUÇ/YORUM**” kısmı bulunmalıdır. Bulgularınız, azalan önem sırasında göre özetlenerek tanısal karşılıkları ve varsa ayırıcı tanı/lar belirtilmelidir. Varsa çözüme yönelik ileri tetkik veya algoritmik yaklaşımla ilgili önerilerin uygun bir dille vurgulanması raporun kalitesini artıracaktır. Konusunda uzmanlaşmış klinisyenler, genellikle, kendilerine ne yapmaları gerektiğinin söylenmesinden hoşlanmazlar. Ancak, örneğin, BT tetkiki yapılmasının gerekli olduğu bir durumda, durum hakkında hasta bilgilendirilmiş olsa da, bu sorumluluk hastaya bırakılamayacağı için, bu öneriniz, örneğin: “evreleme amaçlı BT tetkiki önerisi”nde olduğu gibi gerekçesi belirtilerek rapora eklenmelidir.

Radyolojik tanının belirli uluslararası sınıflamalara göre verilebildiği durumlarda sonuç ve yorumlar kullanılan sınıflama bilgisi de verilerek yazılmalıdır. Günümüzde “ACR” ve “ICD 10” gibi tanı ve hastalık kodlamaları yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bölümde radyolojik tanının kodlarla verilmesi yararlı olabilir. Ancak bu durumda kodlamanın hangi standart ile yapıldığı belirtilmelidir.

2.6 Raporun sonlandırılması

Yukarıda tanımlanan aşamalar tamamlandıktan sonra raporun altına en azından raporu yazan radyologun “**ADI**” ve “**SOYADI**” ile diploma numarası bilgilerinin bulunduğu kaşe basılır. Raporlama işlemi, raporu yazan kişinin raporu kendisinin yazdığı, değerlendirdiği ve geçerli olduğunu gösteren ıslak “**İMZASI**” ile sonlandırılır.

3. Hazırlayan

Prof.Dr.Gürsel Savcı

4. Yararlanılabilecek kaynaklar

- a. Tuncel E. Radyogramların değerlendirilmesi ve rapor yazımı. In: Tuncel E. ed. Klinik Radyoloji. 2. baskı. Bursa, Nobel & Güneş, 2008: 233-245
- b. Naik SS, Hanbridge A, Wilson SR. Radiology reports: examining radiologist and clinician preferences regarding style and content. AJR 2001; 176: 591–598
- c. Clinger NJ, Hunter TB, Hillman BJ. Radiology reporting: attitudes of referring physicians. Radiology 1988; 169: 825–826

Bu rehber TRD Yeterlilik Kurulunun eşgüdümünde Rehberler ve Standartlar Komisyonu tarafından geliştirilmiştir. Amacı, meslektaşlarımızın yapacakları uygulamalarda dil ve eylem birliği sağlamak, hastalarımızın inceleme olanaklarından en üst düzeyde yararlanmalarına olanak tanımaktır. Deneyimli meslektaşlarımızın çalışmaları ve uluslar arası yayınların desteğinde hazırlanan bu rehberin yaygın olarak kullanılması ve geribildirimlerle beslenerek sürekli olarak geliştirilmesi en büyük beklentimizdir.