



GRÓF TISZA ISTVÁN KÓRHÁZ

Radiológiai osztály

Dr. Szabó Ágnes osztályvezető főorvos

4100 Berettyóújfalú, Orbán B. tér 1. 4101 Pf.: 73 Tel: 54/507-576



FB0313251

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉHEZ A PÁCIENS RÉSZÉRE

Beteg neve:.....

Születési ideje TAJ:.....

Kedves Betegünk!

Önt kezelőorvosa egy speciális röntgenvizsgálatra (CT vizsgálat) küldte. Erre a vizsgálatra az ön állapotának, betegségének minél pontosabb megismerésére van szükség. A vizsgálat elmaradása, vagy nem teljes értékű vizsgálat esetén fontos információk maradhatnak rejtve, melyek megnehezítik a pontos diagnózis megállapítását, ennek következtében a megfelelő terápiás kezelés hiánya az Ön gyógyulását akadályozza. Az Ön minél eredményesebb vizsgálatához szükség lehet egy jódtartalmú festékanyag, más néven kontrasztanyag intravénás beadására. Ez a vizsgált szervek, elváltozások pontosabb megítélését teszi lehetővé. A vizsgálatok jelentős része akkor teljes értékű, ha intravénás kontrasztanyagot is adunk, amely „megfesti” az ereket, illetve bizonyos elváltozásokat. Az érpályába közvetlenül beadott vagy közvetve bejuttatott kontrasztanyag hatására kialakulhatnak:

Nem kívánatos kísérő jelenségek: melegség érzet, érgörcs, vénagyulladás, véna elzáródás.

Általános reakciók: émelygés, szédülés, forróság érzés, hányinger, hányás, bőrkiütés, vizenyők továbbá köhögés, tüsszentés, szapora légzés és szapora szív működés.

Komolyabb mellékhatások: ájulás, vérnyomás ingadozás, ritmuszavar.

Súlyos mellékhatások: izgatottság, erős verejtékezés, görcsroham, gége vizenyő, asztmás roham, tüdővizenyő, eszméletvesztés, légzésbénulás, szívizom-elégtelenség, kóma.

Kivételesen ritkán: szívmegállás vagy anafilaxiás sokk.

Mindezek bekövetkeztét előzetes próbákkal nem lehet kizárni.

A ritkán előforduló súlyosabb mellékhatások, allergiás reakciók kezelésére munkatársaink felkészültek.

Kérjük pontosan válaszoljon a következő kérdésekre:

Tud-e jelenleg fennálló terhességéről? igen -- nem

Kapott-e korábban intravénás kontrasztanyagot? igen -- nem -- nem tudom

Okozott-e valamilyen panaszt vagy tünetet? nem -- igen: hányinger, hányás, viszketés, bőrkiütés, melegségérzés, légzési nehezítettség, asztmás roham, keringési zavar, vérnyomásesés, eszméletvesztés, egyéb:.....

Tud-e valamilyen gyógyszer-, vegyszer-, vagy egyéb allergiáról, érzékenységről? nem -- igen:

.....
Tud-e valamilyen betegségéről?

Magas vérnyomás	Igen	Nem
Cukorbetegség	Igen	Nem
Epilepsia	Igen	Nem
Májbetegség	Igen	Nem
Vesebetegség	Igen	Nem
Szívbetegség	Igen	Nem
Asztma	Igen	Nem
Myeloma multiplex	Igen	Nem
Pajzsmirigy betegség	Igen	Nem
Vérzékenység	Igen	Nem

Milyen gyógyszereket szed rendszeresen:

Szedi-e a következő gyógyszerek valamelyikét? nem – igen: Adimet, Avandemet, Competact, Eucreas, Gluformin, Janumet, Maformin, Meforal, Meglucon, Merchformin, Metfogamma, Metformin, Metrivin, Metwin, Normaglyc, Stadamet, Velmetia

Kihagyta-e az előző két napban ezen gyógyszerek szedését: igen --nem

Amennyiben kérése, kérdése, vagy egyéb problémája van kérjük közölje azt a vizsgálatot végző asszisztenssel vagy orvossal, aki segítségére lesz.

NYILATKOZAT:

Fent nevezett, beleegyezem abba, hogy rajtam az előbbieken ismertetett, leírt vizsgálatot elvégezzék. A vizsgálat szükségességéről és lehetséges szövődményéről tájékoztattak, a fenti tájékoztatót elolvastam. Személyes kérdéseimre érthető és kielégítő válaszokat kaptam. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak a fent említett szövődmények. Tudomásul veszem, hogy jogom van a fenti felajánlott vizsgáló eljárást elutasítani. Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért ill. a gyógy eredmény kialakulásáért azokat az orvosokat akiknek beavatkozását nem fogadom el a felelősség alól felmentem. A felvilágosítás alapján hozzájárulok, hogy rajtam ill. kiskorú hozzátartozómon, gyámságom, gondoskodásom alatt álló személyen a CT vizsgálatot, szükség szerint a kontrasztanyag beadását elvégezzék. Konzultáció céljából a vizsgálatom elektronikus képanyaga továbbítható. Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

A natív CT vizsgálat elvégzésébe beleegyezem:

.....
Beteg (törvényes képviselő) aláírása

A vizsgálat elvégzésébe és a kontrasztanyag beadásába beleegyezem:

.....
Beteg (törvényes képviselő) aláírása

A CT vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele:

.....
Beteg (törvényes képviselő) aláírása

Berettyóújfalu,

Együttműködését köszönjük!

Berettyóújfalu,

.....
A felvilágosítást végző személy

Vizsgálatot kivitelezte
Kontrasztanyag típusa:
Kontrasztanyag ml:
Túlérzékenység:
Alkalmazott terápia: