

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEGYEZŐ NYILATKOZAT

CT vizsgálat végzéséhez

Kedves Betegünk!

Kezelőorvosa Önt computer tomográfias (CT) vizsgálatra küldte intézményünkbe. A vizsgálat során röntgensugár halad át a testén. A számítógép a vizsgált testrészt vékony keresztmetszeti képét hozza létre. Ilyen módon lehetőség nyílik a test belsejének megtekintésére, az esetleges elváltozások kimutatására. Az eljárás sugárterheléssel jár. A mellkasi és hasi vizsgálatoknál vissza kell tartania a lélegzetét. Erre vonatkozóan hangszórón a vizsgálatot végző asszisztentstől kap utasítást.

A hasi és medencei vizsgálat megkezdése előtt kb.1 órán keresztül szájon át adható kontrasztanyagot kell innia, hogy a képeken beleit az egyéb szervektől megbízhatóan el lehessen különíteni. Ez az idő már a vizsgálat része kérjük, ne tekintse felesleges várakozásnak! Maga az eljárás a vizsgált szervtől függően 15-25 percig tart. Ezen idő alatt önnek a vizsgáló asztalon mozdulatlanul kell feküdnie, a vizsgálat fájdalommentes.

Az esetek kb. felében a pontos diagnózis érdekében a vizsgálat során jódtartalmú kontrasztanyagot (érfestéket) kell adnunk. A jódos kontrasztanyagokkal szemben egyéni érzékenység lehetséges és ezért allergiás reakciók jelentkezhetnek: émelygés, szédülés, asztmás roham, bőrkiütés, nagyon ritka esetben életveszélyes sokk.

A szájon át történő alkalmazás esetén hasmenés léphet fel.

Az Ön biztonsága érdekében az esetleg fellépő kontrasztanyag allergia kezeléséhez szükséges gyógyszereket, eszközöket a CT vizsgálatban biztosítjuk.

Ritkán az érzékenységi reakciók késleltetetten jelentkezhetnek. Ha a mellékhatások azután jelentkeznek, miután Ön már elhagyta a kórházat, akkor haladéktalanul keresse fel a legközelebbi sürgősségi osztályt.

Amennyiben Ön érfestéket kap, akkor a vizsgálat napján bőséges folyadék fogyasztás szükséges, valamint kérjük, hogy a vizsgálat után egy órán belül ne hagyja el Intézményünket!

A kontrasztanyag (kb. 80 ml) injekció formájában történő beadása előtt írásbeli beleegyezését szükséges adja az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírása szerint, jelen tájékoztató Nyilatkozat elnevezésű része alatt. A beleegyező nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálatot nem végezhetjük el. Amennyiben a tájékoztatás után Ön úgy dönt, hogy nem egyezik bele a kontrasztanyag beadásába, a nyilatkozaton ezt is jeleznie kell és aláírásával igazolni. Ebben az esetben a kontrasztanyag alkalmazásának elmaradásából Önt, vagy döntésképtelen hozzátartozóját esetlegesen érintő következményeket Ön vállalja.

Amennyiben a tájékoztató elolvasása után, illetve a nyilatkozat részét képező kérdések megválaszolásával kapcsolatban kérdései lennének, kérjük, hogy ezeket a vizsgálatot végző asszisztensnek vagy orvosnak tegye fel.

A terhességet, vagy annak gyanúját jelezni kell a vizsgálat előtt. A fejlődő magzat különösen érzékeny a röntgensugár okozta károsodásokra!



BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ

Az Ön neve: Születési ideje:.....

Értesítési telefonszám: TAJ száma:.....

KÉRJÜK, VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! Válaszait aláhúzással, X-el, vagy bekarikázással jelölje!

Kapott-e már korábban röntgen kontrasztanyagot (érfestéket) valamilyen korábbi vizsgálat során?
(CT vizsgálat, röntgen-vesefestés, bél feltöltéses vizsgálat, szívkatéterezés, érfestés, stb.)

NEM IGEN NEM TUDOM

Ha kapott már kontrasztanyagot, voltak-e allergiás tünetei?

NEM IGEN Írja le a tüneteket:

Van-e jódallergiája?

NEM IGEN

Tud-e valamilyen gyógyszer, vegyszer érzékenységről, ha igen, mire allergiás?

NEM IGEN Sorolja fel:.....

Tud-e az alábbi betegségek bármelyikéről? (Húzza alá!)

VESEBETEGSÉG, PAJZSMIRIGY BETEGSÉG, ASZTMA, ALLERGIÁS BETEGSÉG,
CUKORBETEGSÉG, MELLÉKVESEVELŐ DAGANAT (FEOKROMOCITOMA), MIASZTÉNIA
GRAVISZ, MYELOMA MULTIPLEX, EPILEPSZIA, SZÍVELÉGTELENSÉG, JELENLEG FENNÁLLÓ
TERHESSÉG.

Amennyiben cukorbeteg, szed-e gyógyszert?

NEM IGEN, Írja ide a nevét:.....

NYILATKOZAT:

Kijelentem, hogy a CT vizsgálatról és a röntgen kontrasztanyag adásával járó kockázatokról megfelelő tájékoztatást kaptam. Tisztában vagyok továbbá a röntgen kontrasztanyag adás visszautasításával járó téves vagy késedelmes diagnózis megállapításának kockázatával is. Mindezek értelmében, amennyiben vizsgálatom sikere azt indokolja, hogy a vizsgálat során, szájon át adható kontrasztanyagot kell innom illetve, hogy a vizsgálat során vénás injekció formájában röntgen kontrasztanyagot kapjak, ennek beadásába

BELEEGYZEM NEM EGYEZEM BELE

Fenti nyilatkozatomat aláírással igazolom.

20....., év..... hó nap

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Legutolsó ismert eGFR érték és lelet ideje:

Alkalmazott kontrasztanyag:..... Mennyisége ml):.....

Vizsgáló asszisztens(ek):..... Vizsgáló orvos:.....