

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

KONTRASZTANYAGOS RÖNTGEN VIZSGÁLATHOZ

Név:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□-□□□-□□□

Lakóhelye:.....

Vizsgálatot végző orvos:

Kedves Betegünk!

Az Ön minél eredményesebb vizsgálatához szükség van egy jódtartalmú érfesték, más néven kontrasztanyag intravénás beadására, mely a vizsgált szervek, esetleges elváltozások pontosabb megítélését teszi lehetővé. A vizsgálat során röntgen átvilágítás és felvétel szükséges, ezért kérjük, hogy esetleges terheltségéről feltétlenül tájékoztassa a vizsgálatot végző orvost.

A kontrasztanyag röntgen vizsgálatkor a képalkotás röntgensugár segítségével történik, ami a beteg sugárterhelésével jár. Megfelelő indikáció esetén azonban a vizsgálat eredményétől várható információ hasznosabb a beteg egészsége szempontjából, mint a sugárterhelés kockázata, amit igyekszünk és kötelességünk is a lehetséges legminimálisabb szinten tartani.

A vizsgálat menete:

A kontrasztanyagot vénába, legtöbbször karvénába adjuk, majd röntgen felvételeket készítünk.

A kontrasztanyag test szerte melegségérzést, hányingert, viszketést okozhat és szokatlan íz érzéssel járhat. Egész ritka esetekben súlyosabb (keringési vagy légzési nehezítettség, allergiás reakció) mellékhatásokat eredményezhet. Az esetek túlnyomó többségében azonban mellékhatás nincs. A mellékhatások kezelésére, amennyiben fellépnek és erre szükség van, munkatársaink felkészültek.

Kérjük, hogy a vizsgálat megkezdése előtt a hátoldalon feltett kérdésekre pontos választ adjon. Amennyiben kérése, kérdése vagy egyéb problémája van, közölje a vizsgálatot végző asszisztenssel vagy orvossal, aki segítségére lesz.

A vizsgálat menetéről adott felvilágosítást megértettem, ennek tudatában a vizsgálatba beleegyezem.

IGEN NEM

Dátum:....., 20..... hó nap

.....
a felvilágosítást
és/vagy a beavatkozást végző
aláírása

.....
a beteg, vagy
törvényes képviselő*
aláírása

*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert:

Törvényes képviselő:

Név:

Lakcím:

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
	KONTRASZTANYAGOS RÖNTGEN VIZSGÁLATHOZ

Szül. ideje:

A beteg tölti ki

1. Kapott korábban intravénás kontrasztanyagot?

igen nem nem tudom

Ha igen, volt valamilyen mellékhatása?

nem hényinger, hányás, viszketés kiütés

melegségérzés légzési nehezítettség, asthmás roham,

keringési zavar, vérnyomás esés, eszméletvesztés

egyéb:

2. Tud-e gyógyszer, vegyszer vagy egyéb allergiáról, érzékenységről, illetve jódeérzékenységről?

igen nem

Ha igen, sorolja fel:

3. Tud valamilyen betegségről?

magas vérnyomás	igen	nem
cukorbetegség	igen	nem
epilepsia	igen	nem
májbetegség	igen	nem
vesebetegség	igen	nem
szívelégtelenség	igen	nem
asthma	igen	nem
myeloma multiplex	igen	nem
köszvény	igen	nem
pajzsmirigybetegség, struma	igen	nem

4. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?

5. Előző műtétek felsorolása, éve

6. Előző kontrasztos CT vagy MR vizsgálat történt? igen nem

Ha igen, helye és ideje:

7. Tud-e jelenleg fennálló terhességről? igen nem