

Osztály neve:
Osztályvezető:
Tel.:

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VIZSGÁLAT (COMPUTER TOMOGRAF)

Beteg neve:
Lakcíme:
Anyja neve:

Születési ideje:
TAJ száma:
Törzsszáma:

Kedves Betegünk!

Az Ön állapotának, betegségének minél pontosabb megismerésére egy speciális röntgenvizsgálatra (CT vizsgálat) van szüksége. 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.

A terhességet vagy annak gyanúját jelezni kell a vizsgálat előtt.

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 bejutott kontrasztanyag hatására kialakulhatnak:

- I. Nemkívánatos kísérő jelenségek: melegségérzet, érgörcs, vénagyulladás, vénaelzáródás.
- II. Általános reakciók: émelygés, szédülés, forróságérzés, hányinger, hányás, bőrkiütés, vizenyők, továbbá köhögés, tüsszentés, szapora légzés és szapora szív működés.
- III. Komolyabb mellékhatások: ájulás, vérnyomás ingadozás, ritmuszavar.
- IV. Súlyos mellékhatások: izgatottság, erős verejtékezés, görcsroham, gégevizenyő, asztmás roham, tüdővizenyő, eszméletvesztés, légzésbénulás, szívizom elégtelenség, kóma.
- V. Kivételesen ritkán: szívmegállás vagy anafilaxiás sokk.

Mind ezek bekövetkeztét előzetes próbákkal nem lehet kizárni.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak a fent említett, előre nem várható mellékhatások/ reakciók, melyek a gyogyeredményt (gyogytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az előforduló mellékhatások, allergiás reakciók kezelésére, munkatársaink felkészültek.

Kérjük, hogy a vizsgálat megkezdése előtt a hátoldalon feltett kérdésekre szíveskedjen pontos választ adni.

Amennyiben kérése, kérdése, vagy egyéb problémája van, kérjük, közölje azt a vizsgálatot végző asszisztenssel, vagy orvossal, aki segítségére lesz. A terhességet vagy annak gyanúját jelezni kell a vizsgálat előtt.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a fent felajánlott vizsgáloeljárást elutasítani.

Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy eredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a beavatkozását nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

NYILATKOZAT

Fent nevezett (név, TAJ, születési dátum) beleegyezem abba, hogy rajtam az előbbieken ismertetett, leírt vizsgálatot elvégezzék. A vizsgálat szükségességéről és lehetséges szövődményeiről tájékoztattak, a fenti tájékoztatót elolvastam. Személyes kérdéseimre érthető és kielégítő válaszokat kaptam.

A felvilágosítás alapján hozzájárulok, hogy rajtam/ kiskorú hozzátartozómon/ gyámságom/ gondnokságom alatt álló személyen a CT-vizsgálatot, szükség szerint a kontrasztanyag vizsgálatot elvégezzék.

Konzultáció céljából a vizsgálatom elektronikus képanyaga továbbítható.

4. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?

.....
.....

5. Előző CT vagy MR vizsgálata történt-e?

igen nem

Ha igen, melyik és milyen típusú:

.....

Helye és ideje

.....

6. Tud-e jelenleg fennálló terhességéről?

igen nem

Együtműködését köszönjük!

.....
Aláírás
beteg vagy törvényes képviselője
(rokonsági viszony feltüntetésével)

Tanuk:

1.

2.

.....
név

.....
név

Lakcím:

Lakcím:

.....

.....

.....
aláírás

.....
aláírás