



CT
Beleegyező nyilatkozat
CT (számítógépes réteg) vizsgálatához

A beteg neve: _____

A beteg lakcíme: _____

A beteg telefonszáma: _____

A beteg e-mail címe (nagybetűvel): _____

Tisztelt Betegünk!

Kezelő orvosa röntgensugár alkalmazásával történő CT vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. A vizsgálatot csak akkor érdemes elvégezni, ha érdemi információ várható. Terhesség esetén a vizsgálat, csak akut, életet veszélyeztető betegség gyanúja esetén végezhető el. A vizsgálat alatt az operátor által beállított testhelyzetben mozdulatlanul kell feküdni. A betegégek pontosabb megállapítása érdekében ezen vizsgálat kapcsán jódtartalmú kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség. Az intravénás kontrasztanyagok alkalmazása során ritkán mellékhatások léphetnek fel.

Tájékoztatnunk kell Önt az alábbi ritka, de lehetséges mellékhatásokról.

1. Ritkán (100 – 200) esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegségérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrküítés, tüsszentés stb. fordulhat elő.
2. Nagyon ritkán (2000 – 3000 esetből egyszer) vérkeringési és légzési panaszok, reakciók léphetnek fel
3. Rendkívül ritkán (25000 esetből egyszer) fordulhat elő súlyos, életveszélyes kontrasztanyag reakció.

Amennyiben kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegségről tudomása van, illetve ha cukorbetegségére bizonyos gyógyszereket szed, kérjük tájékoztasson bennünket, mert ezekben az esetekben a kockázati tényező növekszik.

Kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigy betegségről Nincs tudomásom * / Tudomásom van * (* a megfelelő szövegrész aláhúzendó), arról szóban részletesen tájékoztattam a vizsgálatot végző orvost / asszisztenst.

Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradás esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély.

Az intravénás kontrasztanyag beadásához az Ön írásos beleegyezése szükséges. Az alábbi kérdésekre adott válaszaival csökkenti a CT vizsgálat kockázatait, ezért kérjük szíves válaszát:



KÉRDÉS

VÁLASZ

	Igen	Nem
Korábbi CT vizsgálat során kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e mellékhatást? Ha igen írja le: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek cukorbetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milyen gyógyszert szed rá? _____		
Van-e Önnek vesebetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Részesül-e Ön dialízisben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek fertőző betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége? _____		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről? szoptat-e?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Testsúly: _____ kg		

A CT vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást részben szóban, részben írásban Megkaptam * Nem kaptam meg * (* a megfelelő szövegrész aláhúzandó). A szóbeli tájékoztatás során megválasoltak részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom, a vizsgálat során, vagy annak következtében kialakult vagy fellépő szövődeményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen bejegyző nyilatkozat útján kifejezetten kérem a CT vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adásába

a., beleegyezem*

b., nem egyezem bele*

(* a megfelelő szövegrész aláhúzandó)

Kelt: _____ napján

aláírás

