



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
Neurológiai Osztály-Stroke Centrum
Osztályvezető főorvos: Dr.Folyovich András Ph.D
1125 Budapest, Diós árok 1-3.
Telefon: 458-4534, Fax: 458-4518



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
KONTRASZTANYAGOS CT VIZSGÁLATHOZ
(01. verzió)

A beteg neve:

Születési dátuma:..... TAJ száma:

A beavatkozás célja:

A kezelőorvos javaslatára és kérése alapján a betegségének megállapításához, illetve a diagnózis pontosításához szükség van számítógépes rétegvizsgálat (CT) elvégzésére.

Vizsgálat leírása röviden:

A CT vizsgálat rtg sugárral végzett réteg vizsgálat, melynek adatait számítógépes módszerrel elemezzük. A vénába juttatott szerves jódtartalmú kontrasztanyag a vérárammal a szervekbe jutva különféleképpen ábrázolja az egymás mellett lévő szerveket, valamint egyes elváltozások kontrasztanyag adása után válnak láthatóvá, ezért kontrasztanyag nélkül a vizsgálatok nagy része alig ad információt a betegségekről.

Hasi CT vizsgálatok előtt azért, hogy a bélrendszert jobban lehessen ábrázolni és elkülönüljön a többi hasi szervtől a betegnek másfél óra alatt meg kell innia egy folyadékot, ami vízből és speciális, ízesített kontrasztanyagból áll (lehet vaníliás, ánizsos). A kontrasztanyag víz elfogyasztását nem lehet gyorsítani, mert ennyi idő szükséges ahhoz, hogy a bélrendszerben mindenhova eljusson.

A vizsgálat esetleges szövődményei:

A vénába történő kontrasztanyag beadás esetén igen ritkán reakciók, ill. szövődmények jelentkezhetnek:

ilyenek a viszketés, tüsszögés, bőrpír, bőrkiütések, szemviszketés, szemháj-, arc-, szájszél-megvastagodása, kéz-láb duzzadás, nehezebb légvétel, gyengeség.

A szájon át fogyasztott kontrasztanyag mellékhatásaként nagyon ritkán hasmenés fordulhat elő.

Ha ezek a jelenségek előfordulnak, kérjük jelezze a vizsgálat alatt, mert a mellékhatások, szövődmények elhárításához szükséges gyógyszerek a vizsgálóhelységben rendelkezésre állnak.

Vizsgálat elvégzése előtt szükséges az alábbi kérdések megválaszolása:

(Kérjük, aláhúzással jelölje a megfelelőt)

- | | | |
|---|------|-----|
| a.) Korábban vese-, epe-, ér-, vagy szívvizsgálat során kapott-e már érbe röntgen kontrasztanyagot? | IGEN | NEM |
| b.) Korábbi kontrasztanyagos vizsgálat során tapasztalt-e valamilyen kellemetlen mellékhatást? | IGEN | NEM |
| c.) Van-e Önnek szív-, vese-, pajzsmirigy-, vagy cukorbetegsége? | IGEN | NEM |
| d.) Van-e Önnek valamilyen fertőző betegsége? | IGEN | NEM |

Ha van, akkor melyek ezek?

.....

- | | | |
|---|------|-----|
| e.) Van-e Önnek valamilyen allergiás betegsége?
(pl.: asthma, szénanátha, gyógyszerérzékenység, stb) | IGEN | NEM |
| f.) Kezelik-e, illetve kezelték-e valamilyen komolyabb megbetegedés miatt? | IGEN | NEM |

Ha igen, kérjük, írja le röviden mi miatt:

.....

- | | | |
|-----------------------------------|------|-----|
| g.) Jelenleg tud- e terhességről? | IGEN | NEM |
|-----------------------------------|------|-----|

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást rajtam elvégezni szíveskedjenek. **A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom.**

A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt, esetleges kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

A megajánlott **vizsgálathoz** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszerítől mentes.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott *vizsgálat egészét, vagy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor* elutasítani. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelőség alól felmentem.

A beleegyezési nyilatkozatot átvettem, elolvastam, az abban foglaltakat tudomásul vettem és megértettem, felmerülő kérdéseimre választ kaptam.

Budapest, ****_**_**.

.....
A felvilágosítást végző orvos, szisztens aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása

INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAGOS VIZSGÁLATOT VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos által javasolt és tervezett intravénás kontrasztanyag vizsgálatba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a vizsgálat elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A vizsgálat visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

A felajánlott intravénás kontrasztanyag vizsgálat elvégzéséhez nem járulok hozzá.

Budapest,.....évhó.....nap

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása