



Mohácsi Kórház 7700 Mohács, Szepessy tér 7.

Főigazgató: Dr. Csizmadia Csaba
Tel.: (69) 511-151 Fax: (69) 311-913
e-mail: foig@mohacskorhaz.hu



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VIZSGÁLATHOZ

Alulírott

NÉV:

ANYJA NEVE:

SZÜLETÉSI DÁTUM:

TAJ-SZÁM:

ennek a nyilatkozatnak az aláírásával tanúsítom, hogy engem dr. számomra érthető módon (kéresem alapján szóban is) tájékoztatott a következőkről:

1. Rajtam – kezelőorvosom javallata alapján – számítógépes rétegvizsgálat, CT vizsgálat végrehajtása szükséges feltételezett vagy más módszerrel igazolt betegségem kimutatására, természetének, kiterjedésének meghatározására, a kezelés megtervezése, eredményének nyomon követése céljából.

A vizsgált régió:

agykopolya / arckopolya / nyak / mellkas / has / kismedence / gerinc / végtag /
CT-angiográfia / Multi/politraumatizált beteg

2. A CT vizsgálat során röntgensugarakat használunk, melyek a szervezetben eltérő módon nyelődnek el, és számítógép készít képeket. A vizsgált régiótól és a feltételezett betegségtől függ a vizsgálat hossza és érbe adandó kontrasztanyag, érfesték alkalmazása. A has és kismedencei szervek betegségei esetén jód vagy bárium tartalmú kontrasztanyag oldatát kell elfogyasztani a bélrendszer kitöltése miatt.
3. Tudomásul veszem, hogy a tervezett vizsgálat ionizáló sugárzás alkalmazásával történik. Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással rendelkezik, melynek következtében – elhanyagolható százalékban – károsodhat az ivarsejtek génkészlete és daganatképződés is elindulhat. Terhesség alatt – különösen annak első harmadában – a röntgensugárzás károsíthatja a magzatot.
4. Vénába adott kontrasztanyag kiválthat változó súlyosságú allergiás tüneteket. Az injekció beadása közben átmeneti melegségérzés kialakulhat. Igen ritkán enyhe panaszok, tünetek alakulhatnak ki, pl. kiütés, hányinger, hányás, bőrvizsketés; még ritkábban súlyos szövődmények (nehézlégzés, gégeödéma, ájulás érzés). Ezek általában közvetlenül a kontrasztanyag adásakor jelentkeznek, enyhe panaszok maguktól elmúlhatnak. A CT laboratórium az allergiás panaszok kezelésére fel van készítve, kezelésükre megfelelő gyógyszerekkel rendelkezik. Súlyos, kórházi felvételt igénylő vagy a keringés összeomlásával, halállal végződő kontrasztanyag reakció kb. 200.000-ból 1 esetben jelentkezik, azaz rizikója elenyésző. Esetenként előfordulhat, hogy a vénafal gyengesége miatt a beadott kontrasztanyag a véna melletti szövetekbe jut ki, és ott az érből kikerült oldat mennyiségétől függően enyhe vagy súlyosabb gyulladáshoz vezet. Műtéti feltárást csak igen ritkán tesz ez szükségessé.
5. Amennyiben érzékenység esetén, beleegyezés illetve megfelelő véna hiányában a kontrasztanyagot beadni nem lehet, a vizsgálat nem teljes, korlátozott értékű.

6. Bizonyos cukorbetegség elleni gyógyszerek szedése esetén az érbe adható jódos kontrasztanyagok használata ellenjavallt, mivel vesekárosodás vagy súlyos anyagcsere zavar léphet fel. A cukorbetegség elleni szerek közül az ún. **metformin** tartalmú készítmények szedése esetén nem szabad érbe adni kontrasztanyagot, melyek a következők:

Adimet, Gluformin, Maformin, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin, Metrivin, MetWin, Normaglyc, Stadamet;
kombinált készítmény: Avandamet, Competact, Eucreas, Janumet, Velmetia

7. A vizsgálat céljával, várható hasznával és kockázatával kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a CT laboratórium munkatársától / munkatársaitól megfelelő választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a vizsgálatba.

Aláírással tanúsítom, hogy

Éhgyomor?	Igen/ Nem
kontrasztanyag túlérzékenységről	tudok / nem tudok,
fennálló terhességről	tudok / nem tudok,
pajzsmirigy betegség ismert-e	igen / nem
vesebetegség (vesefunkciós zavar)	igen / nem
cukorbetegség miatt áll-e kezelés alatt	igen / nem
metformin tartalmú gyógyszert	szedek / nem szedek.
Testsúlykgml Iomeron 300 iv
Iszik:l víz +ml Gastrographin oral
Jód és gyógyszerérzékenység	Igen/Nem

A kapott tájékoztatás alapján a kellő mérlegelés után, minden kényszertől mentesen

beleegyezem, hogy rajtam / gondozottamon a CT vizsgálatot elvégezzék **igen / nem**

beleegyezem, hogy vénás érfestéket adjanak **igen / nem.**

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, az emiatt fellépő káros következményekért sem a vizsgálatot kérő, sem a Mohácsi Kórház orvosát felelősség nem terheli. A beavatkozásról elegendő információt kaptam, további tájékoztatási jogomról lemondok.

Mohács, 201.....

.....
Orvos aláírása és pecsétje

.....
Beteg / törvényes képviselő aláírása

A vizsgálat elvégzésének visszautasítása esetén két tanú aláírása, és szemig. száma:

.....
I. tanú aláírás, szem.ig.szám

.....
II. tanú aláírás, szem.ig. szám