

## HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT CT (számítógépes rétegvizsgálat) végzéséhez

Alulírott kijelentem, hogy a fenti megnevezésű orvosi eljárásra vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam:

**1. Az eljárás célja:** hogy a betegségről pontos képi információt kapjunk a kezelés megtervezése érdekében. Röntgensugár felhasználásával számítógép segítségével rétegfelvételt készítünk, majd ezek feldolgozása után állapítjuk meg a diagnózist.

**2. Az eljárás technikája:** A vizsgálat fekvő, mozdulatlan helyzetben történik, melynél szükséges a vizsgálóval való együttműködés. Hasi és mellkasi vizsgálatnál fontos a mozdulatlanság mellett a pontos légzés is. Hasi CT-nél a beteg száján át, vagy beöntés formájában kontrasztanyagot kaphat. Vénás kontrasztanyag beadására minden CT-vizsgálatnál sor kerülhet, ezért kérjük jelezze számunkra gyógyszerérzékenységét, vagy egyéb allergiáját.

**Allergiámról ill. gyógyszerérzékenységről tudok (I):** igen.....  
nem.....

Mire érzékeny? .....

**A vizsgálathoz a beteg alábbi előkészítése szükséges:**

A vizsgálat előtt 4 órával a beteg már ne egyen (Addig is aznap csak könnyűételt fogyasszon!) **de vizet ihat** ill. gyógyszereit beveheti.

**3. Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

A vizsgálat nem fájdalmas. A kontrasztanyag vénás beadása esetén néhány esetben melegségérzés, hányinger, hányás, szédülés, szapora szív működés, bőrviszketés, csalánkiütés lehetséges, de nagyon ritkán (néhány tíz ezrelék) komolyabb szövödmény is előfordulhat. Ezek kivédésére és kezelésére fel vagyunk készülve.

A röntgensugár-terhelés a hagyományos röntgen vizsgálatokhoz képest lényegesen nagyobb lehet. Fontos, hogy jelezze ha terhességéről tudomása van!

Van e tudomásom :				
Pajzsmirigy működési zavarról (2):	igen			nem
Veseműködési zavarról (3):	igen			nem
Cukorbetegségről (4):	igen			nem

**Amennyiben az alábbi gyógyszerek valamelyikét használja, a vizsgálatot megelőző 2 napon valamint azt követő 2 napon ne vegye be: Jelenleg ismert ilyen gyógyszerek:**

**ADEBIT, ADIMET, AVÁNDAMET, MÁFORMIN, MEFORAL, MEGLUCON, MERCKFORMIN, METFOGAMMA, METVIVIN, STADAMET, EUCREAS, HUMA-METFORMIN, JANUMET, METFORMIN HEXAL, METFORMIN-BMS, METFORMINE-TEVA, MET WIN, SIOFOR, VELMETIA, COMPETACT, JENTADUETO, KOMBOLIZE, METFORMIN 1A PHARMA, METFORMIN ACTAVIS, METFORMIN BLUEFISH, METFORMINMYLAN, METFORMIN SANDOS, METFORMIN VITABALANAS, METFORMIN CHINOIN, MYLMET, SYNJARDY, VIPDONET, XIGDUO !!!**

**4. Ezen eljárás elmaradásának esetleges veszélyei:**

A vizsgálat ill. kontrasztanyag beadásának elmaradása hátráltatja a pontos diagnózis felállítását.

**5. Ezen nyilatkozat aláhúzásával a fenti vizsgálathoz (I)**

hozzájárulok

nem járulok hozzá

**ill. a kontrasztanyag beadásához (I)**

**hozzájárulok**

**nem járulok hozzá**

Jelen döntésemet akkor hoztam, amikor a vizsgálattal kapcsolatban minden kérdésemre választ kaptam és így a szükséges adatok rendelkezésemre álltak. Tudomásul veszem, hogy átlagostól etérő kockázatot jelenthet a kivizsgálás során ez idáig fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Keszthely, .....

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési ideje:

TAJ:

Születési helye:

Születési helye:

Lakcíme:

Lakcíme:

I. nem kívánt rész törlendő!

II. cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

**6. Amennyiben a fentiekkel kapcsolatban kérdése van, forduljon bizalommal a vizsgálatot végző személyzethez, akik szükség esetén orvosi tájékoztatást is megszerveznek.**

**7. Megjegyzés:(orvosi konzílium esetén kitöltendő):**

.....

Beutaló orvos

**8.A beteg állapota miatt tájékoztatása nem lehetséges, illetve a beleegyező nyilatkozatot aláírni nem tudta (1). .....kérésére a vizsgálatot elvégezzük.**

**9. Vizsgálatot végző:**

.....

Operátor Asszisztens

.....