



SZOLNOKI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT

5004 Szolnok, Tószegi út 21.

Tel./fax: (56) 424-966

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 betegségek pontosabb megállapítása érdekében ezen vizsgálat kapcsán jódtartalmú kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség. Az intravénás kontrasztanyagok alkalmazása során ritkán mellékhatások lépnek fel.

Tájékoztatnunk kell Önt az alábbi ritka, de lehetséges mellékhatásokról.

1. Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegségérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkkiütés, tüsszentés stb. fordulhatnak 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 cukorbetegsége bizonyos gyógyszereket szed, kérjük tájékoztasson bennünket, mert ezekben az esetekben a kockázati tényező növekszik.

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

Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradása 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 választát:

	Igen	Nem
Korábbi CT vizsgálat során kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?	☐	☐
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e mellékhatást?	☐	☐
Ha igen, írja le:		
Van-e Önnek cukorbetegsége?	☐	☐
Milyen gyógyszert szed rá?.....		



SZOLNOKI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT

5004 Szolnok, Tószegi út 21.

Tel./fax: (56) 424-966

Van-e Önnek vesebetegsége?	☐	☐
Részesül-e Ön dialízisben?	☐	☐
Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?	☐	☐
Van-e Önnek fertőző betegsége?	☐	☐
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége?	☐	☐
Nőbetegek: terhes-e Ön?	☐	☐
szoptat-e Ön?	☐	☐

Testsúly: kg

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatot végző orvos, vagy asszisztens válaszol.

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

Az intravénás kontrasztanyag adásába

a., beleegyezem*

b., nem egyezem bele*

(* a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

Kelt: _____ napján

aláírás

A beteg karszalagról azonosítva: igen ☐ nem ☐

A recepciószemélyzet (név, cím) aláírása:

aláírás

