

Beleegyező nyilatkozat CT (számítógépes réteg) vizsgálatához

Beteg neve: _____ Születési ideje: _____

TAJ szám: _____

Cselekvőképtelenség esetén a törvényes képviselő adatai (név, születési, idő, rokonság foka)

Az alább felsorolt kérdésekre adott válaszával kérjük, segítsen abban, hogy a CT-vizsgálat kockázatát tovább csökkentsük.

A megfelelő választ aláhúzással jelölje!

Van-e Önnek....

• Pajzsmirigy betegsége (alul vagy túlműködése) IGEN NEM

• Vesebetegsége (eGFR szint kisebb, mint 30)? IGEN NEM

A csökkent veseműködésről kezelőorvosának kell részünkre tájékoztatást adnia laborvizsgálatot követően (ún. eGFR szint). Ha az Ön eGFR szintje 30 alatt van, kontrasztanyagot nem adhatunk be Önnek!

• Asztmája, allergiája? IGEN NEM

• Szív és érrendszeri betegsége? IGEN NEM

• Idegrendszeri betegsége? IGEN NEM

• Cukorbetegsége? IGEN NEM

Ha IGEN, szedi az alábbi szerek valamelyikét?

Adimet, Avandamet, Competact, Eucras, Gluformin, Janumet, Maformin, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin 1A Pharma, Metformin Aurobindo, MetforminBluefish, Metformin Milan, Metrivin, Metrivin Xr, Metwin, Normaglyc, Stadamet, Velmetia, Adebit, Avaglin, Synjardyn, Vipdomet, Xigdou, Mylmet, Komboglyze, Jantaduetto

Ha IGEN, a vizsgálat előtt 48 órával kihagyta a szer szedését? IGEN NEM

• Tud-e gyógyszer-vegyszer allergiáról vagy érzékenységről? IGEN NEM

Ha IGEN, kérjük írja ide, hogy mire:

.....

• Fertőző betegsége? (pl.: májgyulladás, AIDS) ? IGEN NEM

Kapott már korábban intravénás röntgen kontrasztanyagot? IGEN NEM

Ha IGEN, volt-e mellékhatása az intravénás röntgen kontrasztanyagnak? IGEN NEM

Ha IGEN, mi volt az? Kérjük írja le:

Kezelik más komoly megbetegedés miatt? IGEN NEM

Ha igen, kérjük, írja le mi miatt:

Nőbetegek:

- | | | |
|---------------|------|-----|
| • Terhes Ön ? | IGEN | NEM |
| • Szoptat Ön? | IGEN | NEM |

Kérjük adja meg testsúlyát (beadandó kontrasztanyag mennyisége testsúly kg/ ml , illetve a berendezés teherbíró képessége végett kérjük)! kg.

Testmagasság:cm

Kijelentem, hogy megfelelő tájékoztatást kaptam és a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, a további igényelt felvilágosításokat megkaptam. (Kérjük aláhúzással válaszoljon!)

A CT vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok: **IGEN** **NEM**

Intravénás kontrasztanyag adásába

a) beleegyezem b) nem egyezem bele

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű és gondos beavatkozás ellenére is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek kezelést igényelhetnek, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

Kelt: _____

Beteg vagy gondviselője aláírása

Adategyeztetést és a felvilágosítást végezte: _____

CT szakasszisztens

Beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú
név: _____

sz. ig. szám: _____

lakcím: _____

aláírás: _____

2. tanú
név: _____

sz. ig. szám: _____

lakcím: _____

aláírás: _____

Orvos tölti ki:

A beteg tájékoztatása a fenti tartalommal megtörtént, az igényelt tájékoztatást megkapta.

Kelt: _____

Szakorvos aláírása

