

#!KORHNEV;  
Osztály

#!AKTOSZTALY; #!AKTOSZTALYNEVE;

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GYERMEK RÖNTGEN KONTRASZTANYAGOS VIZSGÁLATÁHOZ

Név:	#!NEV;
Születési hely, idő:	#!SZULIDO;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;
Lakcím:	#!BVAROS; #!BUTCA;

### Kedves Betegünk!

Betegségének kimutatása érdekében Önt a kezelő orvosa Röntgen sugár alkalmazásával történő vizsgálatra küldte. A vizsgálat során szükség lehet **RÖNTGEN KONTRASZTANYAG** alkalmazására, amelyet szájon át, intravénásan vagy mindkét úton szükséges a szervezetbe juttatni a betegség fajtájától függően.

A röntgen kontrasztanyagok jó tartalmú vegyületek.

A **SZÁJON ÁT** elfogyasztott kontrasztanyag enyhe hasmenést okozhat.

Az **INTRAVÉNÁS** kontrasztanyag beadásakor rendkívül ritka esetben mellékhatások jelentkezhetnek.

A ma alkalmazott intravénás kontrasztanyagok rendkívül jó minőségűek és alkalmazásuk biztonságos.

A következő mellékhatások fordulhatnak elő:

1. ritkán kb. 100-200 esetből 1 alkalommal enyhe, átmeneti tünetek jelentkezhetnek: pl. melegségérzés, bőrvizsketés, csalánkiütés, hányinger, remegés, stb.
2. nagyon ritkán 2000-3000 esetből 1 alkalommal vérkeringési és légzési panaszok jelentkezhetnek.
3. igen ritkán 2500-3000 esetből 1 alkalommal léphet fel allergiás reakció.

A felsorolt mellékhatások előfordulásának aránya nagyon **KICSI**, a szükséges vizsgálat viszont a betegségek kimutatása szempontjából nagyon **FONTOS**.

A vizsgálat elvégzésének kockázata jóval kisebb, mint az a veszély, amit az idejében fel nem derített betegség jelenthet!

Ezen mellékhatások elhárítására megfelelő gyógyszerek állnak rendelkezésre.

Az intravénás kontrasztanyag beadásához szükséges az Ön beleegyezése.

### Kérjük az alábbi kérdésekre szíveskedjen válaszolni:

- Kapott-e már intravénás kontrasztanyagot? (vese, epe, ér, CT vizsgálat?)  igen  nem
- Ha igen, volt-e valamilyen mellékhatása?  igen  nem
- Történt-e kontrasztanyag vizsgálat (CT, MR, urográfia stb.) 1 héten belül?  igen  nem
- Van-e Önnek valamilyen allergiás betegsége  igen  nem
- pl. szénanátha, asthma, valamilyen gyógyszerérzékenység:  igen  nem
- Nőbetegeknek: terhes-e Ön?  igen  nem
- Cukorbeteg-e Ön?  igen  nem

Amennyiben Ön az alábbi cukorgyógyszerek közül bármelyiket szedi, azt **jeleznie kell**, mert a kontrasztanyag beadása vesekárosodást okozhat:

**Adimet, Avandemet, Competact, Eucreas, Gluformin, Janumet, Maformin, Meforal, Meglucon, Mercformin, Metfogamma, Metformin, Metrivin, Metwin, Normaglyc, Stadamet, Velmetia**

Vizsgálat előtt 72 órával, vizsgálat után 48 órával el kell hagyni ezen gyógyszerek szedését.

Ha további kérdések felmerülnek Önben, kérjük, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

Tud-e magasvérnyomás betegségről? igen nem |

Tud-e vese- májbetegségről, pajzsmirigy túlműködésről? igen nem |

Mennyi az Ön testsúlya? .....kg

Beleegyezem, hogy a vizsgálatot tanuló radiográfusok is elkészíthessék. igen nem

Kontrasztanyag vizsgálat után egy vagy néhány nap múlva késői allergiás reakciók alakulhatnak ki. Bármilyen szokatlan tünet jelentkezik, kérjük forduljon kezelőorvosához.

*Saját érdekében kérjük, hogy a kontrasztanyag röntgenvizsgálatot követően 48-72 órával kezelőorvosa segítségével ismételtén vérvétel, illetve vesefunkció meghatározása történjen.*

*Ha a fentiekkel kapcsolatban valamilyen kérdése, észrevétele van, kérjük forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz vagy asszisztenshez.*

A kórház házirendjében foglalt szabályokat megismertem, azokat gyógykezelésem alatt betartom. Tudomásul veszem, hogy a házirendben foglalt szabályok megsértése esetén – amennyiben egészségi állapotom azt nem zárja ki – a kórház a gyógykezelésem megszakíthatja és elbocsájtja.

Tudomásul veszem, hogy a kapott tájékoztatás nem teljeskörű.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ..... tanúsítom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, engem

dr. .... kellő mértékben felvilágosított.

A vizsgálat - nyelőcső passage, gyomor-vékonybél passage, irrigoscopia, lupographia, iv. urographia, anterograd pyelographia, cystographia, urethrographia, vaginographia, fistulographia - (a megfelelő aláhúzendő) elvégzésébe, a vizsgálatához szükséges kontrasztanyag adásába.

**beleegyezem**

**nem egyezem bele**

Az intravénás kontrasztanyag beadásába

**beleegyezem**

**nem egyezem bele**

.....  
a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő olvasható aláírása

Beteg neve:#!NEV;

Születési ideje:#!SZULIDO;

Születési helye:#!BSZULHELY;

Lakcíme:#!BVAROS; #!BUTCA;