

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat  
CT (Computer Tomographia) vizsgálathoz****Üdvözljük Intézetünkben!**

Kezelőorvosa javaslata alapján Önnek CT vizsgálatot fogunk végezni. A vizsgálat gyors és zavartalan lefolyása érdekében szeretnénk tájékoztatni Önt annak menetéről és fontos feltételeiről.

A CT vizsgálatnál a képképző röntgensugárral történik! Kérjük hölgy pácienseinket, hogy a biztos vagy feltételezett terhességet feltétlenül jelezzék - a vizsgálat megkezdése előtt - a közreműködő orvosnál/asszisztensnél!

A CT vizsgálat várható időtartama - a vizsgálat típusától függően - 10-30 perc lehet. A betegeket előjegyzési időpont szerinti sorrendben vizsgáljuk, kivéve az akután érkező, súlyos állapotú betegek, a mentőszállítást igénylők és a Sürgősségi osztályról küldött betegek, akik soronkívüliséget élveznek. Intézetünk nagy betegforgalma miatt előfordulhat, hogy Önnek várakoznia kell, így az esetlegesen előforduló, a kapott előjegyzési időponttól való eltérés tudomásulvételét előre is köszönjük!

Vizsgálat előtt gondolja végig, van-e a testében valamilyen fémtárgy: protézis, műtéti klip nagyméretű, beépített fogpótlás. Ha van, jelezze az asszisztensnek! Kivehető fogpótlását a vizsgálat előtt szíveskedjen eltávolítani! A testén lévő fémtartalmú ékszereket (nyaklánc, piercing, óra stb.) amennyiben az a vizsgálandó testterületen van, a vizsgálat idejére távolítsa el! Ruházaton, vagy a ruházatban található fémtartalmú eszközök (csat, merevítő, cipzár) esetében az érintett ruhadarabot kérjük vegye le!

Felhívjuk figyelmét, hogy az értéktárgyakért nem tudunk felelősséget vállalni! Cukorbetegség esetén, amennyiben kezelésére Metformin tartalmú készítményt szed, a CT vizsgálat előtt és után 48 órával a gyógyszer szedését fel kell függeszteni, melyet kezelő orvosával előzetesen egyeztetnie szükséges! A metformint tartalmazó készítmények listáját a vizsgáló ajtájára kifüggesztve megtalálja, kérem, hogy feltétlenül ellenőrizze! A lehetséges szövődmények kockázata miatt metformin tartalmú készítmény hatása alatt intravénás kontrasztanyag beadásával CT vizsgálatot nem végezhetünk! A CT vizsgálat fájdalommentes. Az esetek nagyobb részében, a megfelelő diagnózis felállításához intravénás kontrasztanyagot alkalmazunk, amelyet a könyökvénába adott injekció révén juttatunk be szervezetébe. Az alkalmazott intravénás kontrasztanyagok egyre kiválóbb minősége és biztonságos alkalmazása mellett is arra érzékeny páciensek esetében mellékhatásokat válthatnak ki.

a, Enyhe, átmeneti tünetek (pl.: melegségérzés, bőrvizketés, csalánkiütés, hányinger, remegés) az esetek 0,5 – 1 százalékában.

b, A véna gyulladás az injekció beadásának helyén

c, Vérkeringési és légzési panaszok az esetek 0,3 – 1 ezrelékében

d, Súlyos allergiás reakció 0,1-0,2 ezrelék.

A CT vizsgálat elvégzésének kockázata jóval kisebb, mint az a veszély, amit az idejében fel nem derített betegség jelenthet. A mellékhatások elhárítására megfelelő gyógyszerek rendelkezésre állnak, ha panasza van, kérjük jelezze!

Intravénás kontrasztanyaggal végzett vizsgálat befejezését követően kérjük további tíz percig maradjon az intézmény területén! Amennyiben szövődményt nem tapasztal, távozhat. Kontrasztanyag vizsgálat után fogyasszon sok folyadékot, ezzel is elősegítve a szervezetből a kontrasztanyag gyors kiürülését!

Hasi-kismedencei CT vizsgálatnál a belek elkülönítésére vízzel hígított kontrasztanyagot alkalmazunk. Az 1-1,5 liter oldat elfogyasztása a vizsgálat előtt egy-két órát vesz igénybe. A folyadék elfogyasztását lassan kell végezni, hogy a kívánt hatást elérje! Egy pohárnyit hagyjon meg, melyet közvetlenül a vizsgálat megkezdése előtt szükséges meginni! A nagy mennyiségű elfogyasztott kontrasztanyag oldat mellékhatása lehet hasmenés.

A vizsgálat befejezése után tájékoztatást fog kapni a leletkiadás módjáról, lehetőségeiről.



Az intravénás kontrasztanyag beadásához szükséges az Ön beleegyezése. Kérjük, az alábbi kérdésekre szíveskedjen válaszolni (**a megfelelő válasz aláhúzendó!**):

- |  |      |     |
|--|------|-----|
| 1) Kapott korábban intravénás kontrasztanyagot ?<br>Ha igen, milyen vizsgálathoz? .....                            | igen | nem |
| 2) Volt valamilyen mellékhatása?<br>.....  | igen | nem |
| 3) Van Önnek cukorbetegsége?<br>Milyen gyógyszert szed rá?<br>.....  | igen | nem |
| 4) Van Önnek valamilyen allergiás betegsége?<br>(pl. szénanátha, asztma, valamilyen gyógyszerérzékenység)<br>..... | igen | nem |
| 5) Van Önnek vesebetegsége?  | igen | nem |
| 6) Nőbetegnek: terhes Ön?  | igen | nem |

Az intravénás kontrasztanyag beadásába: **beleegyezem** **nem egyezem bele**

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatot végző orvos, vagy asszisztens válaszol. Alulírott, jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok a CT vizsgálathoz szükséges, valamint a vizsgálat során esetlegesen keletkező személyes adataim - melyek a "Az információs önrendelkezési jogról és az információ szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény" szerint részben személyes, részben pedig különleges adatok – a Huniko KDK általi kezeléséhez.

Hozzájárulok, hogy szükség esetén személyi adataim alapján az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál a TAJ számomat pontosíthassák.

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a CT vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok: **igen** **nem**

Kistarcsa,.....

.....  
A páciens (törvényes képviselő: szülő, gyám) aláírása

**A vizsgálandó páciens adatai:**

Neve/születési idő:..... 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TAJ száma: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Édesanyja leánykori neve:.....

Lakcíme: .....