



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT INJEKCIÓS VESEVIZSGÁLATHOZ

Beteg neve: Taj:
Születési hely:..... Születési idő:.....
Lakcím, ahol tartózkodik.....
Tel.:.....
Háziorvosának neve és elérhetősége:.....
.....

Kedves Betegünk!

Az Ön kivizsgálása során injekciós vesevizsgálatra van szükség.

A vizsgálat célja:

- Tájékoztatást ad a vesék alakjáról, helyzetéről, nagyságáról, a vesemedencék eltéréséről
- Tájékoztat a húgyvezetékről, húgyhólyagról, illetve ezek kóros eltéréseiről
- A vizsgálat nagymértékben hozzájárulhat a beteg panaszai, tünetei okának kiderítéséhez, ezzel a kezelés további menetét nagymértékben megkönnyíti

A vizsgálat menete:

- A beteg éhgyomorral érkezik a Röntgen Osztályra, megbeszélte időre
- A vizsgálatot megelőző /natív/ vesefelvétel után jódtartalmú kontrasztanyagot kap, rendszerint a könyökvénába
- Az injekció jódot tartalmazó vegyület
- Beadás után normál esetben is melegségérzést okozhat
- A beadás után 5 és 15 perc múlva készülnek felvételek a vesékről, húgyutakról, hólyagról
- A felvételek megtekintése után szükség lehet további felvételek készítésére is, akár órákkal az injekció beadása után is
- Kérjük, hogy a kórházat az orvossal történt megbeszélés alapján hagyja el.

A vizsgálat kockázatai:

- Sugárterhelés: egy vizsgálat során (több felvétel) kb. 4-5 mSv / az évi megengedett sugárterhelés a népességre 50 mSv/
- Allergiás reakció: a kontrasztanyag injekció ritkán túlérzékenységi reakciót okozhat, 2500 alkalomból 1-szer.
- Enyhe tünetek: ornyálkahártya duzzanat, tüsszentés, orrdugulás, hányinger
- Középsúlyos esetben: viszketés, csalánkiütés, szapora pulzus
- Súlyos esetben: felső légúti zihálás, fulladásérzéssel, vérnyomásesés, ájulás

Az injekciót mindig orvos felügyelete mellett adják be. A Röntgen Osztályon rendelkezésre állnak a túlérzékenységi reakciót megszüntető, illetve megelőző gyógyszerek.

Jelezze a nyilatkozaton, ha Ön alvadáságtól kezelésben részesül, vagy vérzékenységben szenved!

Ha Ön cukorbeteg, és **metformin** tartalmú gyógyszereket szed, jellemzően: **Adimet, Maformin, Merckformin, Meforae, Metfogamma, Metrioin (a gyógyszerek neve módosulhat), akkor Ön intravénás szerves jódtartalmú kontrasztanyagot nem kaphat!** Ezért vizsgálat előtt és után két

nappal, valamint a vizsgálat napján ezeket a gyógyszereket nem veheti be, azaz öt napig szüneteltetni kell a szedésüket.

Alternatív gyógmód: a beavatkozásnak nincs alternatívája

A beavatkozás elmaradása akadályozhatja a kórkép diagnosztizálását, és ezért a megfelelő kezelést.

NYILATKOZAT

Tudomással bírok arról, hogy a tájékoztatás során és azt követően jogom van a további kérdésre. A jelen tájékoztatás elolvasása és az abban foglalt információk értelmezését követően az alábbi kérdéseket tettem fel:

.....
.....
.....
.....

Beleegyezem, hogy rajtam – gyermekemen – gondozottamon – gondnokoltamon a fenti vizsgálat megtörténhessen.

Tanúsítom, hogy a vizsgálat jellegéről, indokáról, céljáról, várható eredményéről, a beavatkozás kockázatáról, annak gyakori szövődményeiről, – vizketés, bőrpír, súlyosabb esetben verejtékezés, ájulás, gégeduzzanat, - és következményeiről írásban és szóban is részletesen tájékoztattak, és ennek alapján szabadon döntöttem, hogy a szükséges vizsgálatot elvégezhessek.

Jelen döntésemet minden kényszertől mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre választ kaptam és azokat megértettem. Elismerem, hogy a fenti tájékoztató a beleegyezésemhez minden szükséges információt megadott, a tájékoztatót megértettem és a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően elegendő időm volt annak átgondolásához. Tudomásul veszem azt, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, amely esetben ha okozati összefüggés mutatható ki a beavatkozás elmaradása és egészségi állapotom esetleges romlása között, a kezelőim felelősége nem állapítható meg.

Intravénás kontrasztanyag beadásához:

Hozzájárulok ----- Nem járulok hozzá
(megfelelő aláhúzendó)

Tudomásul veszem, hogy szakszerű és gondos beavatkozás ellenére is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, - verejtékezés, ájulás, gégeduzzanat, - melyek intenzív kezelést, vagy sürgős műtétet igényelhetnek.

Terhességre vonatkozó nyilatkozat:

A megfelelő rész aláhúzendó:

Tudomásom van arról, hogy terhes vagyok, vagy terhességem feltételezhető.

Tudomásom szerint nem vagyok terhes, de kérem a terhességi teszt elvégzését

Nem vagyok terhes.

Amennyiben a fenti, terhességre vonatkozó nyilatkozatot nem teszem meg a vizsgálat nem végezhető el.

Nyilatkozom arról, hogy a vizsgálatot megelőzően 2 napig, a vizsgálat napján, majd a vizsgálatot követően 2 napig, így összesen 5 napon át szüneteltetem a metformin tartalmú cukorbetegség esetén szokásos gyógyszer szedését.

Tudomással bírok azzal, hogy a fenti nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálat csak kontrasztanyag nélkül végezhető el.

Beleegyezem, hogy az általam a kórház részére átadott leleteket és zárójelentéseket lemásolják:

Igen-----Nem
(megfelelő aláhúzendó)

Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és az egészségi állapotom esetleges romlása között, kezelőim felelőssége nem állapítható meg.

A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.

Budapest,

.....
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....
a felvilágosítást adó orvos neve
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....
a felvilágosítást adó orvos neve
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. :
.....
.....
.....

Tanú 2. :
.....
.....
.....

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. :
.....
.....

Tanú 2. :
.....
.....

Dátum:.....

.....
a felvilágosítást adó orvos neve
aláírás, pecsét