

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztattott:

CT (COMPUTER TOMOGRAPHIA) VIZSGÁLAT

- 1. A vizsgálat megnevezése:** Computer Tomographia (CT) vizsgálat
- 2. A vizsgálat célja:** Önnél (ill. hozzátartozójánál) CT vizsgálat elvégzése kezelőorvosa kérésére.
- 3. A vizsgálat menete, technikája:** A CT vizsgálat fájdalommentes, a felvételek röntgensugár segítségével készülnek. A diagnózistól függően intravénás kontrasztanyagot is alkalmazunk, melyet a kar vénákon keresztül juttatunk szervezetébe. A kontrasztanyag beadása közben melegséget érezhet.

**Intézetünk nagy betegforgalma miatt elképzelhető, hogy Önnek várakoznia kell.
Az akutan érkező, rossz állapotú betegek soron kívüliséget élveznek.
Az időrendi eltolódások tudomásul vételét előre is köszönjük.**

- 4. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**
 - Az alkalmazott intravénás kontrasztanyagoknál kis százalékban mellékhatások fordulhatnak elő:
 - átmeneti tünetek jelentkezhetnek, pl. bőrvizketés, csalánkiütés, hányinger, remegés
 - nagyon ritkán vérkeringési és légzési panaszok jelentkezhetnek
 - igen ritkán súlyos allergiás reakció léphet fel
 - szűrés helyén paravasatum, gyulladás.

A mellékhatások elhárítására megfelelő gyógyszerek állnak rendelkezésre.

Felhívjuk azonban figyelmét, ha a kontrasztanyag alkalmazása után 24 órán belül bármilyen mellékhatást - bőrkkiütést, viszketést, fulladást, nehézlégzést, fejfájást - tapasztal, azonnal forduljon orvoshoz és tájékoztassa őt arról, hogy CT-vizsgálat történt!

Amennyiben **kontrasztanyag érzékenységről**, korábbi **allergiás reakcióról**, **pajzsmirigybetegegről** tudomása van, illetve ha Ön **cukorbeteg** és cukorbetegségére bizonyos gyógyszereket szed, kérjük, tájékoztasson bennünket, mert ezekben az esetekben a kockázati tényező növekszik.

Csecsemő szoptatása esetén a kontrasztanyag beadását követő 24 órára a szoptatást fel kell függeszteni.

Terhességben a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja, illetve életet veszélyeztető sürgősség esetén végezhető, amennyiben más módon a betegség nem tisztázható.

Egyes hasi (pl. máj, hasnyálmirigy) CT vizsgálatnál a belek elkülönítésére, erre a célra készített folyadékot szükséges elfogyasztani (a fogyasztás ütemét munkatársunk közli Önnel). Ez az anyag enyhe hasmenést okozhat.

- 5. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A kezelőorvosa által kért eljárás elmaradása akadályozza a diagnózis felállítását, ezáltal az optimális kezelési lehetőség megválasztását.
- 6. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról** kérdezze kezelőorvosát.
- 7. A vizsgálatlal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 8. Egyénre szabott tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

beleegyzem és kérem *

nem egyezem bele és nem kérem *

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.