

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

PAJZSMIRIGY RADIOJÓD TÁROLÁS MÉRÉSE

- 1. A vizsgálat célja:** A pajzsmirigyben lévő radioaktivitás mértékének mérése.
- 2. A vizsgálat menete, technikája:** Kis mennyiségű radioaktív jódizotópot tartalmazó kapszula lenyelését követően 2, 5, 24 és 48 óra múlva speciális sugárzásmérő eszközzel mérjük a pajzsmirigyben levő radioaktivitás mértékét. A kapott adatok felvilágosítást nyújtanak a pajzsmirigy jódfelvételének mértékéről és a hormonjód leadás sebességéről. 24 óra múlva gammakamerával felvételt készítünk a jódizotóp pajzsmirigyen belüli eloszlásának megítélésre.
A vizsgálat ellenjavallatai: Terhesség, szoptatás.
A vizsgálat utáni magatartás: A jódizotópot tartalmazó kapszula lenyelését követően 1 órán keresztül éhgyomorral kell maradni. Terhes nők és kisgyermekek közvetlen közelében huzamosabb időn át ne tartózkodjon!
- 3. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A radioaktív anyag nem rendelkezik mellékhatással. A vizsgálat során kapott sugárterhelés – a bejuttatott kis aktivitás miatt - nem számottevő.
- 4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Az eljárás elmaradása esetén nem hozható megalapozott döntés a radiojód kezelés várható eredményességéről, valamint nem végezhető el a dózisszámítás, ami a radiojód terápia kivitelezésének előfeltétele.
- 5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról** kérdezze kezelőorvosát.
- 6. A vizsgálatral kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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 kezelése 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 kezelése 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

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

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

Alulírott nyilatkozom továbbá arról, hogy

- tudomásul veszem és elfogadom a kórház tájékoztatóját az általános betegjogokról, a házirendről, valamint hogy a kórházi ellátásom során magamnál tartott érték- és személyes tárgyakért saját felelősséggel tartozom,
- állapotomról, betegségről a javasolt kivizsgálás, tervezett és lehetséges gyógykezelés szükségességéről, belátható kockázatáról, várható kockázatáról, várható következményeiről, mellékhatásairól, gyakoribb szövődményeiről részletes és kielégítő tájékoztatást kaptam és azt megértettem, kérdéseimre kielégítő, világos választ kaptam,
- ismertették velem a javasolt és más szóba jöhető vizsgálatok, kezelési eljárások szükségességét, előnyeit és hátrányait,
- az ellátással kapcsolatos betegdokumentációt, személyazonosító okmányaimat hiánytalanul megkaptam.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos/szakdolgozó aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során (név)
..... (rokonsági fok) segítő jelenlétét kérem.

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során gondozóként/segítőként a beteg mellett tartózkodom:

.....
gondozó/segítő aláírása

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