

BETEGTÁJÉKOZTATÓ CT-VIZSGÁLATHOZ

Tisztelt Betegünk!

Kezelőorvosa röntgensugár alkalmazásával történő CT vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. Kérjük, ezt a tájékoztatót figyelmesen olvassa végig, felmerülő kérdésével keresse kollégánkat.

Általános tudnivalók:

A CT, azaz a komputertomográfiás vizsgálat egy speciális röntgen vizsgálat, amely lehetővé teszi a test különböző részeinek metszeti képekkel való ábrázolását. A CT-leképezés teljesen fájdalommentes és általában 3-5 percig tart.

A vizsgálat menete:

Önnek a vizsgálóasztalon kell fekvő helyzetben elhelyezkednie, ami folyamatos, lassú mozgást végez vízszintesen oda-vissza. A gép nagy átmérőjű, általában nem okoz bezártság-érzetet.

A berendezésbe épített mikrofonon keresztül folyamatos a kapcsolat a vizsgálatot végző asszisztensekkel.

A vizsgálat alatt mozdulatlanul kell feküdnie, továbbá pontosan az utasításoknak megfelelően kell lélegezni.

Bizonyos esetekben intravénás kontrasztanyag adása válhat szükségessé egy előre behelyezett kanülön keresztül. A kontrasztanyag beadása alatt melegség-érzet jelentkezhet, amely pár másodperc után elmúlik.

Fontos tudni, hogy az intravénás kontrasztanyag esetleges elhagyása korlátozhatja a vizsgálat diagnosztikus értékét, előfordulhat, hogy a feltételezett betegség egyáltalán nem kerül felismerésre.

Kockázatok, mellékhatások:

Röntgensugárzás:

A CT vizsgálat sugárterheléssel jár, orvosa akkor küldi, ha ezzel a képalkotó diagnosztikai eljárással nyert információ hasznosabb a páciens egészsége szempontjából, mint a sugárterhelés kockázata.

Ha ön terhes, feltétlen jelezze. A fejlődő magzat a terhesség első három hónapjában különösen érzékeny a röntgensugárzásra. Terhesség esetén a vizsgálat, csak akut, életet veszélyeztető betegség gyanúja esetén végezhető el.

Kontrasztanyagok:

Az intravénás kontrasztanyagok alkalmazása során ritkán mellékhatások lépnek fel. Tájékoztatnunk kell Önt az alábbi ritka, de lehetséges mellékhatásokról. Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradása esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély. Az intravénás kontrasztanyag beadásához az Ön írásos beleegyezése szükséges.

1. Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegségérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkkiütés, tüszentés stb. fordulhatnak elő.
2. Nagyon ritkán (2000-3000 esetből egyszer) vérkeringési és légzési panaszok, reakciók léphetnek fel.
3. Rendkívül ritkán (25000 esetből egyszer) fordulhat elő súlyos, életveszélyes kontrasztanyag reakció.

A kontrasztanyagnak lehet vesekárosító hatása, ezért minden páciensnek rendelkeznie kell friss, 1 hónapnál nem régebbi vesefunkciós laborértékekkel.

Amennyiben kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegekről tudomása van, illetve ha cukorbetegsége bizonyos gyógyszereket szed, kérjük tájékoztassa kollégánkat, hiszen ez fokozott kockázati tényező.

Kontrasztanyag vizsgálat előtti naptól bőségesen fogyasszon vizet (alkohol és szénsavmentes italt), 4 órával előtte ne egyen. Ha Ön cukorbeteg és metformin, tartalmú cukor gyógyszert szed és a szérumkreatininszint nem emelkedett – **eGFR > 60 ml nincs szükség a metformin tartalmú gyógyszer elhagyására. Amennyiben a eGFR 30-60 közötti értéket mutat a metformin szedését elég a vizsgálatkor abbahagyni, utána pedig 48 óra múlva újra szedheti**, ha a szérumkreatinin-szint változatlanul normális. Kérjük, jelezze előre, ha jódérzékenysége vagy pajzsmirigy túlműködése van.

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatot végző orvos, vagy asszisztens válaszol.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VIZSGÁLATHOZ

Név:
Születési hely, idő:
TAJ szám:
Telefonszám:

Az alábbi kérdésekre adott válaszaival csökkenti a CT vizsgálat kockázatait, ezért kérjük szíves választát:
(megfelelő válasz bekarikázandó)

Korábban volt-e intravénás kontrasztanyagot CT vizsgálata?	IGEN	NEM
Mellékhatást tapasztalt?	IGEN	NEM
Ha tapasztalt mellékhatást, írja le:		
Kezelik-e más komoly megbetegedés miatt?	IGEN	NEM
Van-e Önnek cukorbetegsége?	IGEN	NEM
A gyógyszerének neve:		
Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?	IGEN	NEM
Van-e Önnek vesebetegsége?	IGEN	NEM
Van-e Önnek fertőző betegsége?	IGEN	NEM
Van-e Önnek gyógyszerérzékenysége?	IGEN	NEM
Gyógyszer neve:		
Van-e Önnek pheochromocytoma vagy myeloma betegsége?	IGEN	NEM
Nőbeteg: Ön állapotos?	IGEN	NEM
Nőbeteg: Ön szoptat?	IGEN	NEM

Kérjük adja meg testsúlyát és testmagasságát kg. cm.

Az intravénás kontrasztanyag adásába	BELEEGYZEM	NEM EGYEZEM BELE
Vizsgálat leletezéséhez szükséges dokumentumok és képanyagok lemásolásához	HOZZÁJÁRULOK	NEM JÁRULOK HOZZÁ

A CT vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást megkaptam, jelen dokumentum hátoldalán elolvastam, megértettem és tudomásul vettem. A szóbeli tájékoztatás során megválasztottak részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom, a vizsgálat során, vagy annak következtében kialakuló vagy fellépő szövődeményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a CT vizsgálat elvégzését.

Alulírott, jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok az **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 – hozzájárulok, a Huniko KDK és az Országos Onkológiai Intézet általi kezeléséhez.

Kelt.: Budapest,.....évhónap

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

A bentfekvő beteget karszalagról azonosította:	
--	--