



# BETEGTÁJÉKOZTATÓ

## INTRAVÉNÁS / INTRAVASALIS KONTRASZTANYAGOS VIZSGÁLAT

TÁJ/1336

Osztály neve:  
Osztályvezető:

OEP KÓD:  
Tel.:

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat  
radiológiai vizsgálat során beadandó intravénás / intravasalis kontrasztanyagról és kontrasztanyag  
vizsgálatról (angiographia, myelographia, HSG, ERCP, cholangiographia, urographia, fisulographia)**

Beteg neve:  
Lakcíme:  
Anyja neve:

Születési ideje:  
TAJ száma:  
Foglalkozása:

### Tisztelt Betegünk!

Kezelőorvosa azért utalta be Önt osztályunkra, mert panaszai, tünetei okának kimutatására röntgensugár alkalmazásával történő vizsgálat adhat megfelelő információt.

Betegségének megállapítása érdekében szükségessé válhat röntgen – kontrasztanyag vénába történő befecskendezése, amely csekély veszéllyel jár.  
Fontos tudnia, hogy a vizsgálat kockázata jelentősen kisebb, mint elhagyása esetén az idejében ki nem mutatott betegségé.  
A vénába, erekbe adandó kontrasztanyag beadásához szükség van az Ön beleegyezésére azért, hogy döntésében segítségére lehessünk, kérjük olvassa el figyelmesen a következő tájékoztatót.

Az intravénás kontrasztanyag beadása során ritkán mellékhatások léphetnek fel, amelyek rövid ideig tartó panaszokat okozhatnak.

Az esetek:

1 százalékában émelygés, hányinger, tüsszögés, nátha, bőrvizketés, csalánkiütés jelentkezhet,  
1 ezrelékben vérkeringési panaszok és tünetek léphetnek fel.  
rendkívül ritkán 25000 esetből mindössze egyszer fordul csak elő súlyos, életveszélyes reakció.

### Kérjük, legyen segítségünkre a következő kérdések megválaszolásával!

Korábban vese-, epe-, ér-, vagy szívvizsgálat során kapott-e már érbe röntgen- kontrasztanyagot?  
igen nem

A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e valamilyen kellemetlen mellékhatást?  
igen nem

Van-e Önnek szív-, vese-, pajzsmirigy- vagy cukorbetegsége?  
igen nem

Tud-e Ön valamilyen fertőző betegségről?  
igen nem

Ha igen, akkor miről?.....

Van-e tudomása Önnek valamilyen allergiás betegségről (pl. asthma, szénanátha, gyógyszerérzékenység)?  
van nincs

Kezeli-e, illetve kezelték-e valamilyen nagyobb megbetegedés miatt:  
igen nem

Ha igen, kérjük írja le röviden:.....

A továbbiakban felmerülő kérdéseire a vizsgálatot vezető orvos vagy asszisztense készséggel válaszol.  
Karcag, 20.....

.....  
felvilágosítást végző orvos



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**  
**INTRAVÉNÁS / INTRAVASALIS**  
**KONTRASZTANYAGOS VIZSGÁLAT**

**TÁJ/1336**

Osztály neve:  
Profilvezető:

OEP KÓD:  
Tel.:

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat**  
**radiológiai vizsgálat során beadandó intravénás / intravasalis kontrasztanyagról és kontrasztanyag**  
**vizsgálatról (angiographia, myelographia, HSG, ERCP, cholangiographia, urographia, fisulographia)**

Beteg neve:  
Lakcíme:  
Anyja neve:

Születési ideje:  
TAJ száma:  
Foglalkozása:

A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kontrasztanyag beadásának, valamint elhagyásának következményeiről a szükséges felvilágosítást megkaptam megválaszoltam kérdésem nincs.

A kontrasztanyag beadásába beleegyezem:

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A kontrasztanyag beadásába nem egyezem bele:

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A vizsgálatot kérő orvos neve (pecsét száma):.....

A beavatkozás megnevezése:.....

A beavatkozás elvégzésének időpontja:.....

Karcag, 20.....

A beavatkozást végző orvos(ok) neve (pecsét száma):

.....  
aláírás

.....  
aláírás

Tanúk:

1. ....  
név

2. ....  
név

Lakcím: .....  
.....

Lakcím: .....  
.....

.....  
aláírás

.....  
aláírás