



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ  
ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT  
CT VIZSGÁLAT (COMPUTER TOMOGRAF)**

**TÁJ/1384\***

Beteg neve: .....

Születési idő: ..... TAJ/ Útlevelezszám: .....

**Kedves Betegünk!**

Az Ön állapotának, betegségének minél pontosabb megismerésére egy speciális röntgenvizsgálatra (CT vizsgálat) van szüksége. A vizsgálat elmaradása, vagy nem teljes értékű vizsgálat esetén fontos információk maradhatnak rejtve, melyek megnehezítik a pontos diagnózis megállapítását, ennek következtében a megfelelő terápiás kezelés hiánya az Ön gyógyulását akadályozza.

**A terhességet vagy annak gyanúját jelezni kell a vizsgálat előtt.**

Az Ön minél eredményesebb vizsgálatához szükség lehet egy jódtartalmú festékanyag, más néven kontrasztanyag intravénás beadására. Ez a vizsgált szervek, elváltozások pontosabb megítélését teszi lehetővé. A vizsgálatok jelentős része akkor teljes értékű, ha intravénás kontrasztanyagot is adunk, amely „megfesti” az ereket, illetve bizonyos elváltozásokat.

Az érpályába közvetlenül beadott vagy közvetve bejutott kontrasztanyag hatására kialakulhatnak:

- Nemkívánatos kísérő jelenségek: melegségérzet, érgörcs, vénagyulladás, vénaelzáródás.
- Általános reakciók: émelygés, szédülés, forróságérzés, hányinger, hányás, bőrkiütés, vizenyők, továbbá köhögés, tüszentés, szapora légzés és szapora szív működés.
- Komolyabb mellékhatások: ájulás, vérnyomás ingadozás, ritmuszavar.
- Súlyos mellékhatások: izgatottság, erős verejtékezés, görcsroham, gégevizenyő, asztmás roham, tüdővizenyő, eszméletvesztés, légzésbénulás, szívizom elégtelenség, kóma.
- Kivételesen ritkán: szívmegállás vagy anafilaxiás sokk.

Mindezek bekövetkeztét előzetes próbákkal nem lehet kizárni.

**Tudomásul veszem, hogy a szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak a fent említett, előre nem várható mellékhatások/ reakciók, melyek a gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az előforduló mellékhatások, allergiás reakciók kezelésére, munkatársaink felkészültek.**

**Kérjük, hogy a vizsgálat megkezdése előtt a hátoldalon feltett kérdésekre szíveskedjen pontos választ adni.**

Amennyiben kérése, kérdése, vagy egyéb problémája van, kérjük, közölje azt a vizsgálatot végző asszisztenssel, vagy orvossal, aki segítségére lesz. A terhességet vagy annak gyanúját jelezni kell a vizsgálat előtt.

**Tudomásul veszem, hogy jogom van a fent felajánlott vizsgálóeljárást elutasítani. Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a beavatkozását nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.**

**NYILATKOZAT**

Fent nevezett (név, TAJ, születési dátum) beleegyezem abba, hogy rajtam az előbbieken ismertetett, leírt vizsgálatot elvégezzék. A vizsgálat szükségességéről és lehetséges szövődményeiről tájékoztattak, a fenti tájékoztatót elolvastam. Személyes kérdéseimre érthető és kielégítő válaszokat kaptam.

**A felvilágosítás alapján hozzájárulok, hogy rajtam/ kiskorú hozzátartozómon/ gyámságom/ gondnokságom alatt álló személyen a CT-vizsgálatot, szükség szerint a kontrasztanyag vizsgálatot elvégezzék.**

**Konzultáció céljából a vizsgálatom elektronikus képanyaga továbbítható.**

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom.

Karcag,.....

.....  
beteg (törvényes képviselő) aláírása

**A kontrasztanyag vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele:**

.....  
beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....  
a felvilágosítást végző orvos/ asszisztens aláírása



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ  
ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT  
CT VIZSGÁLAT (COMPUTER TOMOGRAF)**

**TÁJ/1384\***

1. **Kapott-e korábban intravénás kontrasztanyagot?**                      igen                      nem                      nem tudom

**Ha igen, okozott-e valamilyen panaszt, vagy tünetet?**

**igen:** hányinger, hányás, légzési nehezítettség, asthmás roham,                      **nem**  
viszketés, keringési zavar, vérnyomásesés, bőrkiütés,  
eszméletvesztés, melegségérzés, egyéb:.....

2. **Tud-e valamilyen gyógyszer-, vegyszer-, vagy egyéb allergiáról, érzékenységről?**                      igen                      nem

Ha igen, sorolja fel, miről:.....

3. **Tud-e valamely betegségről?**

Magasvérnyomás	igen	nem	Szívbetegség	igen	nem
Cukorbetegség	igen	nem	Asthma	igen	nem
Epilepsia	igen	nem	Myeloma multiplex	igen	nem
Májbetegség	igen	nem	Pajzsmirigybetegség, struma	igen	nem
Vesebetegség	igen	nem	Vérzékenység	igen	nem

4. **Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?**

.....  
.....

5. **Előző CT vagy MR vizsgálata történt-e?**                      igen                      nem

Ha igen, melyik és milyen típusú: .....

Helye és ideje: .....

6. **Tud-e jelenleg fennálló terhességéről?**                      igen                      nem

**Együttműködését köszönjük!**

.....  
aláírás  
beteg, vagy törvényes képviselője  
(rokonsági viszony feltüntetésével)

Tanúk:

1. ....  
név

2. ....  
név

Lakcím: .....  
.....

Lakcím: .....  
.....

.....  
aláírás

.....  
aláírás