



## Radiológiai Klinika

SB-RADI-01

Változat: 01

Beleegyező nyilatkozat CT kolonoszkópia vizsgálathoz

Kiadva: 2020.08.01

Név:	Születési dátum:
TAJ szám <sup>1</sup> :	Vizsgálat időpontja:

*Kérjük aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre!*

Tud-e arról / van-e Önnek valamilyen gyógyszerrel túlérzékenysége?	Igen	Nem
Kapott egy korábban CT, DSA vagy röntgen vizsgálat során kontrasztanyagot?	Igen	Nem
Ha igen, voltak erre allergiás tünetei?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek asztmás betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek magasvérnyomás betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek cukorbetegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek zöld hályogja (glaucoma)?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek köszvénye?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek kezeletlen pajzsmirigy betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek vesebetegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek fertőző betegsége?	Igen	Nem
Tudomása van-e arról, hogy Ön várandós?	Igen	Nem
Szoptat-e?	Igen	Nem
Van-e egyéb betegsége?	Igen	Nem
Ha van, milyen betegség? .....		
Testsúly: .....		
Magasság: .....		

Kérjük húzza alá azokat a gyógyszereket, melyeket rendszeresen szed az alábbiak közül:

*Adebit, Adimet, Avandamet, Copetact, Eucreas, Gluformin, Huma-Metformin, Janumet, Maformin, Meforal, Merckformin, Metformin, Metformin BMS, Metformin Hexal, Metformin-Teva, Metfogamma 850, Meglucon, Metrivin, Siofor, Stadamet, Velmetia, Jentaduetto, Komboglyze, Synjardy, Vipdomet, Xigduo.*

A fent felsorolt gyógyszerek szedését kontrasztanyag vizsgálat előtt 48 órával fel kell függeszteni és a gyógyszer szedését csak a vizsgálatot követő 48 óra elteltével lehet újra megkezdeni.

Amennyiben Ön cukorbeteg, és az alábbiakban felsorolt gyógyszercsoportokba tartozó gyógyszereket szedi, kérjük konzultáljon kezelőorvosával, hogy a gyógyszerek szedését, milyen feltételek mellett tudja felfüggeszteni: *nem-szteroid gyulladásgátlók, béta-blokkolók, aminoglikozidok, interleukin 2.*

<sup>1</sup> Társadalombiztosítás terhére végzett vizsgálatoknál kötelező, egyébként önként megadható.



# Radiológiai Klinika

SB-RADI-01

Változat: 01

Beleegyező nyilatkozat CT kolonoszkópia vizsgálatához

Kiadva: 2020.08.01

## Nyilatkozat a CT kolonoszkópia vizsgálat elvégzéséről

Felelősségem tudatában és saját egészségem megóvása érdekében őszintén válaszoltam a feltett kérdésekre. Minden általam ismert lényeges tényről, körülményről tájékoztatást adtam. Tisztában vagyok azzal, hogy ezek eltitkolása a beleegyezéssel végzett, szükséges vizsgálat és kezelés kockázati tényezőit, komplikációit előidézhetik vagy fokozhatják.

Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és az SB-RADI-05-T azonosítószámú írásbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem; a javasolt vizsgálat, lehetséges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények. Szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba beleegyezek.

Kijelentem, hogy esetleges szövődmény gyanúja/észlelése esetén azonnal jelentkezek az ellátó egységnél. Tudomásul veszem, hogy az utasítások be nem tartásának esetén az ebből adódó esetleges következményekért a felelősség engem terhel.

Megértettem, hogy várandósság alatt a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén végezhető el, mivel a röntgensugárzás a magzatot károsíthatja.

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt CT vizsgálatba **beleegyezek**:

.....  
beteg aláírása  
dátum:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

## Nyilatkozat a kontrasztanyag adásának megtagadásáról

Kontrasztanyag adásába nem egyezek bele. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyag adását visszautasítom, a CT-vizsgálat során nem feltétlenül kerülnek felismerésre bizonyos kórképek, a vizsgálat értékelhetősége rosszabb lehet. Az ebből származó - gyógyuláshoz kedvezőtlenül befolyásoló - hatásért a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség.

.....  
beteg aláírása  
dátum:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

## Nyilatkozat a lelet átvételéről

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése több órát, bizonyos esetekben néhány napot vehet igénybe. A vizsgálat eredményét a következőképpen tudja megkapni:

- Személyes átvétel. Leletkiadás minden munkanap 14:00-18:00 között.
- Meghatalmazott általi átvétel (ehhez két tanú által hitelesített meghatalmazás szükséges).
- Amennyiben TAJ azonosítóját megadta, leletét az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe is feltöltjük ([www.eeszt.gov.hu](http://www.eeszt.gov.hu)).

Nyomatott lelet elkészítését kérem:

Igen

Nem

A vizsgálatról képi dokumentációt is tudunk Önnek adni CD-n, mely elkészítése kb. 15 percet vesz igénybe a felvételek elkészítése után.

A vizsgálatomról képi dokumentáció elkészítését kérem CD-n:

Igen

Nem

.....  
beteg aláírása  
dátum:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

## Vizsgálatot végzők tölti ki

A betegazonosítást elvégeztem, az informatikai rendszerben a beteg nevén kívül legalább egy természetes személyazonosító adatot (születési név, születési hely és dátum, anyja neve) egyeztettem a betegtől kapott információkkal. A beteget a vizsgálatról felvilágosítottam, kérdéseire válaszoltam.

.....  
orvos/nok

.....  
asszisztens/orvos

.....  
asszisztens/orvos