

## CT BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: .....

TAJ szám: .....

Születési dátum: .....

Vizsgálat időpontja: .....

A CT vizsgálatot orvosom, Dr.....kezdeményezte.

Kedves Páciensünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai, illetve a betegsége pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztása/követése érdekében CT-vizsgálatra küldte. A kezében tartott tájékoztató az Ön vizsgálatával kapcsolatos **információkat és kérdéseinket**, valamint az Ön **beleegyezési nyilatkozatát** tartalmazza.

Kérjük, figyelmesen olvassa el a CT-vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődeményekkel kapcsolatos információkat. Ha bármilyen kérdése lenne, kérjük, forduljon a vizsgáló operátorhoz vagy a vizsgálatot vezető orvoshoz. A CT-vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek, előfordulhat azonban, hogy súlyosabb állapotú betegek sürgős vizsgálata vagy egy Ön előtt lévő beteg vizsgálatának elhúzódása miatt az Ön vizsgálata a megadott időpontnál később kezdődik, ezért megértését kérjük! Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha a várakozás ideje alatt tájékozódik a vizsgálatról és felkészül a következőkben leírtaknak megfelelően.

## TÁJÉKOZTATÓ A CT-VIZSGÁLATRÓL

### ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK:

A CT-vizsgálat korszerű képalkotó diagnosztikai vizsgálo módszer. A vizsgálat során a vizsgálni kívánt területen, szerveken röntgensugár halad át, melyet érzékelő segítségével számítógép dolgoz fel. Ennek eredményeként a szervekről keresztmetszeti képeket kapunk, amit bármilyen síkban átdolgozhatunk. Amikor egy szerv működéséről, vagy a szervben lévő elváltozásról pontosabb képet kell kapnunk, intravénás kontrasztanyag adása szükséges. Az eljárás sugárterheléssel és szükség esetén intravénás kontrasztanyag adásával jár, de Önt orvosa azért küldte CT-vizsgálatra, mert az Ön állapota szempontjából az így nyert információ fontosabb, mint a sugárterhelés és az intravénás kontrasztanyag adásának kockázata.

### A VIZSGÁLAT MENETE:

A CT vizsgálatok teljes ideje (esetleges előkészítést követően) általában 15-60 perc. A kontrasztanyagot követően 20 percet még a váróban kell töltenie, hogy az esetlegesen fellépő kontrasztanyag okozta mellékhatásokat felismerjük és amennyiben szükséges, a megfelelő gyógyszeres kezelést megkezdhesük. A vizsgálat fekvő helyzetben történik, fájdalommal nem jár. A mellkas és a has vizsgálatánál a karokat a fej fölé kell tenni, hogy ne okozzanak műtermékeket. A levehető fém tárgyakat (nyaklánc, fülbevaló, csat, kivehető fogsor stb.) kérjük levenni, mert ugyancsak műterméket okoznak és így akár értékelhetetlenné tehetik a vizsgálatot. A vizsgálat előtt 6 órával ne egyen, de kérjük, hogy vizet bőven fogyasszon! Rendszeresen szedett gyógyszereit vizsgálat előtt vízzel vegye be. Vizsgálat közben nem szabad mozogni. Egy-egy mérési sorozat 5-30 másodperc alatt készül el. A mellkasi és hasi vizsgálatoknál erre az időre a légzést vissza kell tartani, erre a vizsgálatot végző operátortól mikrofonon keresztül kap utasítást. A hasi és a kismencedei vizsgálatoknál 1-1,5 l vizet, vagy hígított kontrasztanyagot kellhet meginnia a vizsgálat előtt kb. 1-1,5 óra alatt. Erre azért van szükség, hogy a beleket a környezetüktől el lehessen különíteni, illetve a bélfal vizsgálható legyen. A végbél/vastagbél vizsgálatához szükség lehet a végbél/vastagbél feltöltésére (beöntésre). Szív vizsgálatoknál szükség lehet előkészítő gyógyszer adására. Ilyen vizsgálatok esetén – előkészületekkel együtt – a vizsgálat teljes ideje 1,5 óra is lehet.

## **LEHETSÉGES VESZÉLYEK, SZÖVŐDMÉNYEK ÉS AZOK ELKERÜLÉSE, ELHÁRÍTÁSA:**

Rendszeresen szedett gyógyszerei közül cukorbetegségben alkalmazott bizonyos gyógyszerek esetén jódtartalmú kontrasztanyag adása kerülendő, csak életet veszélyeztető állapot esetén adható. Kontrasztanyag vizsgálat előtt és azt követően 2 (kettő) napig ezek az antidiabetikus gyógyszerek nem szedhetők. Ezeket a készítményeket a beleegyező nyilatkozatban (következő oldal) soroljuk fel. Kérjük, ellenőrizze. Kérjük, hogy a gyógyszer felfüggesztésének módját kezelőorvosával beszélje meg.

Normál veseműködés mellett a kontrasztanyag a vesét nem károsítja, de **fontos, hogy kontrasztanyag adása előtti és utáni napokban bőven fogyasszon folyadékot!**

Bizonyos vizsgálatoknál a szakmai protokollok intravénás kontrasztanyag adását írják elő. Ezt legtöbbször a karvénán keresztül juttatjuk a szervezetbe, általában egy gép (injector) segítségével. Közben a testében rövid ideig meleget, forróságot érezhet. Fémes szájíz, esetleg hányinger, ritkán hányás jelentkezik. Az arra hajlamosaknál, a kontrasztanyag kijuthat az érpályából, feszítő csípő érzést okozva. Amennyiben ilyen előfordul, kérjük jelezze! Ez egyébként károsodást nem okoz, nyom nélkül gyógyul. A végtag borogatása javasolt.

A vénába adott kontrasztanyag túlérzékenység (allergia): a kontrasztanyag olyan jódtartalmú vegyület, amely az erek ábrázolására és a szervek, szövetek vérkeringésének vizsgálatára alkalmas. A kontrasztanyaggal, mint bármely gyógyszerrel szemben túlérzékenység fordulhat elő. A túlérzékenység nem önmagára a jódra, hanem a jóddal és a vele összekapcsolt molekula együttesére, azaz magára a vegyületre jelentkezik. Kontrasztanyag túlérzékenység (allergia) ritkán fordul elő. Tünetei: az arc, ajak, nyelv, torok duzzanata, köhögés, viszketés, orrfolyás, tüszögés, csalánkiütés, nehézlégzés, fulladásérzés. Amennyiben ezek a tünetek vagy egyebek a kontrasztanyag adása után előfordulnak, azonnal tájékoztassa a vizsgálatot végző operátort. Felhívjuk a figyelmét, hogy ezek a tünetek 24 órán belül, később is előfordulhatnak, ilyenkor, kérjük, jelentkezzen a beutaló orvosánál vagy a legközelebbi sürgősségi ügyeleten! Az allergia enyhe, ritkán súlyos lehet. Nagyon ritkán kerül sor ún. anafilaxiás (túlérzékenységi) sokkos állapot kialakulására, melynek elhárítására az intézetünk felszerelt és felkészült, a szükséges klinikai háttér biztosított. Kontrasztanyag adását követően is bőven fogyasszon folyadékot, a kontrasztanyag mielőbbi kiürülése érdekében, ha egyébként betegség miatt nem kell folyadék megszorítást alkalmaznia. Hasi, kismencedei CT-vizsgálatokhoz egy más típusú kontrasztanyag ivásra is szükség van a belek jobb megítélése és elkülönítése céljából. Ez a kontrasztanyag hasmenést okozhat. Kérjük,

számoljon ezzel! Szív vizsgálatok előtt adott gyógyszereket kardiológus szakorvos felügyeli.

Terhességben csak speciális esetekben vagy súlyos betegség gyanúja esetén végezhető CT vizsgálat, mivel a röntgensugárzás a magzatot károsíthatja. Amennyiben Ön szoptat, javasoljuk, hogy a kontrasztanyag adását követően két napig ne szoptasson, a tejet fejtse le, de ne adja gyermekének.

Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző asszisztenshez vagy a vizsgálatot irányító szakorvoshoz. Köszönjük együttműködését, jobbulást kívánunk.

**KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Írás esetén olvasható betűkkel szíveskedjen kitölteni.)**

Tud-e arról/van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?..... NEM IGEN

Kapott-e korábban CT, érfestés (DSA) vagy RTG vizsgálat során kontrasztanyagot?.... NEM IGEN

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek asthmás betegsége? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek magasvérnyomásos betegsége? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek cukorbetegsége? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek köszvénye? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek kezeletlen pajzsmirigy betegsége?..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek vesebetegsége (veseműtét, fehérjevizelés)? ..... NEM IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek fertőzőbetegsége (TBC, májgyulladás stb.)? ..... NEM IGEN

Fennáll-e terhesség Önnél? ..... NEM IGEN

Szoptat-e?..... NEM IGEN

Van-e egyéb említésre méltó betegsége?..... NEM IGEN

Ha igen, mi az?.....

.....

.....

Kérjük, adja meg testsúlyát ..... kg és magasságát.....cm

A recepciós vagy az asszisztens tölti ki:

Legutóbbi Se kreatinin (eGFR) mérés ideje: ..... év ..... hónap .....nap

Értéke: .....

**Asszisztens tölti ki:**

**Vizsgálandó testrész (oldal megjelölés):**

**Vizsgálatkérés oka, iránydiagnózis (alapbetegség, tünetek, panaszok, baleset, törés):**

**Egyéb súlyosabb, ismert alapbetegségek (daganatos / gyulladáson / autoimmun / érbetegség / Egyéb):**

**A vizsgált területen történt-e műtét, sugárkezelés, egyéb kezelés - és mikor (dokumentációk):**

**Milyen vizsgálatai (pl. biopszia/szövettan, endoszkópia, klinikai vizsg,) voltak eddig a panasszal kapcsolatban (milyen eredménnyel):**

**Operátori megjegyzés:**

**A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ PÁCIENS TÖLTI KI:**

**KÉRJÜK HÚZZA ALÁ AZOKAT A GYÓGYSZEREKET, AMELYEKET RENDSZERESEN SZED AZ ALÁBBIK KÖZÜL:**

Adebit, Adimet, Avandamet, Competact, Eucraes, Gluformin, Huma-Metformin, Janumet, Maformin, Meforal, Merckformin, Metformin, Metformin BMS, Metformin Hexal, Metformin-Teva, Metfogamma 850, Meglucon, Metrivin, Siofor, Stadat, Velmetia, Jentaduetto, Komboglyze, Synjardy, Vipdomet, Xigduo.

Kérjük, konzultáljon kezelőorvosával, mert felmerülhet, hogy a fent felsorolt gyógyszerek szedését kontrasztanyag vizsgálatok előtt 48 órával fel kell függeszteni és a gyógyszer szedését csak a vizsgálatot követő 48 órával lehet megkezdeni.

Amennyiben Ön cukorbeteg, és az alábbiakban felsorolt gyógyszercsoportokba tartozó gyógyszereket szedi, kérjük, konzultáljon kezelőorvosával, hogy mely gyógyszerek szedését, milyen feltételek mellett tudja felfüggeszteni: Non-szteroid gyulladásgátlók, Bétablokkolók, Aminoglikozidok, Interleukin 2

### **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL**

Alulírott kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztató minden oldalát elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam). A vizsgálat lényegét megértettem, s a javasolt CT-vizsgálatba, szükség esetén vénás kontrasztanyag adásába, illetve szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba beleegyezem. Megértettem, hogy terhességben a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén vagy speciális esetekben végezhető el, mivel a röntgensugárzás a magzatot károsíthatja.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatok pontos, teljeskörű egészségügyi információkat a vizsgálatához – beleértve az előzményeket is – úgy a betegségem megállapítása késhet, pontatlan lehet vagy akár el is maradhat, amikért a LIV DMC nem vállal felelősséget.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatot követően az egészségügyi dokumentáció (köztük a lelet) átvétele saját felelősségemre történik, az én kötelezettségem. A Duna Medical Center nem vállal felelősséget a lelet Ön által történő átvételének vagy a további vizsgálatok, kezelések elmaradásából eredő esetleges következményekért, (ideértve az egészségkárosodást is). A Duna Medical Center, mint adatkezelő teljesíti az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglalt (adatmegőrzési és EESZT adattovábbítási kötelezettségeit).

Tudomásul veszem, hogy a Duna Medical Center az egészségügyi dokumentációról másolatot csak az érvényes díjtétel szerinti térítés ellenében tud számomra biztosítani. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek stb.) a vizsgálatomat végző cég a mindenkorai adatvédelmi szabályok betartásával kezeli és tárolja.

**Aláírással nyilatkozom, hogy a CT vizsgálatba beleegyezem.**

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

.....

202... év ..... hó ..... nap

## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA**

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Kérjük, a megfelelő sort aláhúzni:

**Aláírással nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásába beleegyezek.**

**Aláírással nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásába NEM egyezek bele.**

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

.....

202... év ..... hó ..... nap

## **NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT TELERADIOLÓGIAI ÚTON TÖRTÉNŐ LELETEZÉSÉHEZ**

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai nap elvégzett vizsgálatom leletezését a Duna Medical Center alkalmazásában lévő orvos végezze teleradiológiai úton. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekintheti.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

.....

202... év ..... hó ..... nap



## LELET ÁTVÉTELE

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése a vizsgálat típusától, jellegétől függően változhat.

Az eredményt átveheti:

- EESZT (Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér) használatával az Ügyfélkapun keresztül
- Megbeszélte időpontban személyesen vagy meghatalmazott útján (utóbbi esetben írásos meghatalmazással és személyazonosságot igazoló okmány ellenében)
- Emailben

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást jelölje meg és ezt szíveskedjen egyeztetni a vizsgálatot végző asszisztenssel és a recepcióval.

Kérjük a jelen vizsgálatral összefüggő korábbi leleteket, előző képanyagot (CD/DVD/weblink), zárójelentéseket szíveskedjen magával hozni és a vizsgáló asszisztensnek átadni.

Köszönjük, hogy megtisztelt minket bizalmával. Bármilyen felmerülő kérdés esetén készséggel állunk rendelkezésre. Érvényes árlistánk mindenkor megtekinthető a [www.dunamedicalcenter.org](http://www.dunamedicalcenter.org) weboldalon.

**Budapest, 20 ... év ..... hó ..... nap**

.....  
**Felvilágosítást végző orvos/asszisztens aláírása**