



T Ü D Ő G Y Ó G Y I N T É Z E T
T Ö R Ö K B Á L I N T

2045 Törökbálint, Munkácsy Mihály u. 70.
Tel: 06-23/511-570, 338-052
1300625210 CT Diagnosztika

Betegtájékoztató CT vizsgálatához:

Név: _____

Születési id : _____

TAJ: _____

Lakcím: _____

Önnél kezel orvosja javaslatára CT vizsgálat fog történni. A vizsgálat sugárterheléssel jár.

Amennyiben hölgy páciensünknel felmerül a terhesség lehet sége kérjük haladéktalanul tájékoztassa kollegáinkat!

A vizsgálat várható id tartama 10-30 perc lehet. A vizsgálatok el jegyzési id pont szerinti sorrendben történnek, kivéve az akutan érkez betegek, akik els bbséget élveznek. El fordulhat, hogy Önnek várakoznia kell, így az esetlegesen el forduló, az el jegyzési id ponttól való eltérés tudomásulvételét el re is köszönjük!

Ha van Önnek kivehet fogpótlása egyes vizsgálatok el tt el kell eltávolítani, ebben asszisztenseink adnak tájékoztatást! A testén lév ékszereket (nyaklánc, piercing, óra stb.) amennyiben az a vizsgálandó testterületen van, a vizsgálat idejére távolítsa el.

Felhívjuk figyelmét, hogy az értéktárgyakért nem tudunk felel sséget vállalni!

Cukorbetegség esetén, amennyiben kezelésére Metformin tartalmú készítményt szed, a CT vizsgálat el tt és után 48 órával a gyógyszer szedését fel kell függeszteni, melyet kezel orvosával el zetesen egyeztetnie szükséges! Amennyiben nem biztos gyógyszere hatóanyagában, kérje asszisztenseink segítségét. A lehetséges szöv dmények kockázata miatt Metformin tartalmú készítmény hatása alatt intravénás kontrasztanyag beadásával CT vizsgálatot nem végezhetünk!

A CT vizsgálatot az esetek nagyobb részében, a megfelel diagnózis felállításához intravénás kontrasztanyagot alkalmazunk, amelyet vénába adott injekció révén juttatunk be szervezetébe.

Ahhoz, hogy kaphasson kontrasztanyagot, rendelkeznie kell egy 1 hónapon belüli laborlelettel.

Az alkalmazott jódtartalmú kontrasztanyagoktól arra érzékeny páciensek esetében mellékhatásokat válthatnak ki. Enyhe tünetek (pl.: melegségérzés, b rviszketés, csalánkiütés, hányinger, remegés) az esetek 0,5 – 1 százalékában. A véna gyulladása az injekció beadásának helyén. Vérkeringési és légzési panaszok az esetek 0,3 – 1 ezrelékében. Súlyos allergiás reakció 0,1-0,2 ezrelék.

A kontrasztanyaggal végzett vizsgálatot követ en kérjük további tíz percig maradjon az intézményünk területén, majd ha minden rendben van távozhat! Kontrasztanyag vizsgálat után fogyasszon sok folyadékot, ezzel is el segítve a szervezetb l a kontrasztanyag gyors kiürülését!

Hasi-kismedencei CT vizsgálatnál egyes esetekben a belek elkülönítésére vízzel hígított kontrasztanyagot alkalmazunk. Az 1-1,5 liter oldat elfogyasztása a vizsgálat el tt egy-két órát vesz igénybe. A folyadék elfogyasztását lassan kell végezni, hogy a kívánt hatást elérje! A nagy mennyiség elfogyasztott kontrasztanyag oldat mellékhatása lehet hasmenés.

A vizsgálat befejezése után tájékoztatást fog kapni a leletkiadás módjáról.

Beleegyez nyilatkozat, vizsgálati adatlap:

Testsúlya: _____ kg. Magassága: _____ cm.

Utolsó CT vizsgálat: _____

Van-e Önnek:

-Cukorbetegség:	igen	nem
-Kontrasztanyag allergia:	igen	nem
-Gyógyszerérzékenység:	igen	nem
-Allergia:	igen	nem
-Asztma:	igen	nem
-Magasvérnyomás betegség:	igen	nem
-Szívbetegség:	igen	nem
-Pajzsmirigy-, máj-, vesem ködési zavar:	igen: _____	nem

M tétek: _____

Kemoterápia:

Sugárterápia:

Az intravénás kontrasztanyag beadásába:

beleegyezem

nem egyezem bele

A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (általános adatvédelmi rendelet) 6. cikk (1) bekezdés a.) illetve 9. cikk (2) bekezdés h.) pontjai alapján jelen *nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy a fenti személyes és különleges adataim kezeléséhez - a Tüdőgyógyintézet Törökbálint által elvégzendő CT vizsgálat kapcsán – önkéntes hozzájárulásomat adom.* Tudomásom van róla, hogy a hozzájárulás esetleges visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a CT vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok:

igen

nem

Törökbálint: 20 _____

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

Tájékoztató asszisztens

Radiológus