

Az orvos – a rendelkezésre álló egészségügyi dokumentáció alapján – az alábbiak szerint tájékoztatja a beteget egészségi állapotáról, betegségéről, illetve ennek orvosi megítéléséről, valamint az esetlegesen korábbiakban elvégzett vizsgálatok, beavatkozások eredményéről (beleértve azok esetleges sikertelenségének, illetve a vártól eltérő eredménynek az okait is):

A fenti tájékoztatást követően az orvos az alábbi beavatkozás elvégzését javasolja:

Vese kontrasztanyagós röntgen vizsgálat

1. A beavatkozás szükségességének indokolása

Az érpályába juttatott jódtartalmú kontrasztanyag segítségével képet kapunk a vesék állapotáról, a vese kiválasztási működéséről, alaki eltéréseiről, a húgyutak, húgyhólyag állapotáról.

2. A beavatkozás leírása

Hogyan kell felkészülni a vizsgálatra?

A vese kontrasztanyagós vizsgálata előtt laboratóriumi vizsgálat (kreatinin, eGRF, karbamid) szükséges, ahol a vesék működéséről kapunk egyfajta képet. Ha cukorbetegsége kezelésére metformin hatóanyagú gyógyszert szed, akkor a gyógyszer bevitelét a tervezet vizsgálat előtt 2 nappal abba kell hagyni. A vizsgálat éhgyomorral történik. A vizsgálat napján éhgyomorral jelentkezzen a Röntgen osztályon. A vizsgálat előtt végezze el ürítési szükségleteit. A mindennaposan szedett gyógyszereit (pl. szívgyógyszerek, vérnyomáscsökkentők, asztma ellenes szerek) kevés vízzel beveheti.

Hogyan történik a vizsgálat?

Azok a szervek, melyeken a röntgensugár akadálytalanul halad át, nem adnak röntgenárnyékot. Ha ezeket a szerveket röntgennel akarjuk vizsgálni, akkor valamilyen módon meg kell tölteni, röntgenárnyékot adó sugárfogó anyaggal. Ezek az anyagok a kontrasztanyagok.

A vizsgálat során a beteg változatlan testhelyzetben, hanyatt fekszik. A vizsgálatot végző orvos vénán keresztül jódtartalmú kontrasztanyagot ad be, mely rövid várakozási idő után megjelenik a vesékben. A kiválasztás ütemének megfelelően több röntgenfelvételek készül. Több felvételsorozatból álló, időigényes vizsgálat, - minimális ideje 30 perc.

3. A beavatkozás elmaradásának hátrányai, kockázatai

A beavatkozás elmaradása esetén a beteg fennálló panaszai továbbra is megmaradnak, a betegségek feltárása elmarad, és állapotrosszabbodás következhet be. A beavatkozással nyerhető információk hiánya a beteg kezelését, a beteg további sorsának alakulását alapvetően meghatározza.

4. A javasolt beavatkozástól várható eredmény

A vese, a húgyutak, húgyhólyag elváltozásainak, betegségeinek felismerése.

5. A beavatkozás általánosan ismert, jelentős szövődményei, mellékhatásai

Az előzetesen nem ismert kontrasztanyaggal – jó – szembeni érzékenység esetén allergiás reakció előfordulhat. Bőrpír, verejtékezés, csalánkiütés, súlyosabb esetben gégeviznyő jelenhet meg. A mozdulatlan fekvés következtében a nyomásnak kitett területen enyhe bőrpír megjelenhet. Bár a vizsgálattal járó sugárterhelés alacsony, elvégzése mellett mégis csak akkor döntenek, ha az általa nyert információ feltétlenül szükséges a kezeléshez, esetleg megváltoztatja az alkalmazott terápiát. A sugárzással járó kockázat eltörlődik a nyerhető információkból származó előnyök mellett.

Az orvos tájékoztatja a beteget, hogy egyéni adottságai, egészségügyi állapota alapján fennáll-e bizonyos szövődmények kialakulásának az átlagostól eltérő, fokozott veszélye, valószínűsége, illetve kell-e, s amennyiben igen, milyen valószínűséggel kell számolni speciális szövődmények kialakulásával:

6. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek

Nincs.

7. További ellátások, illetve a beavatkozást követő javasolt életmód

A vizsgálat után pihenés, és minimum 2 l alkoholmentes folyadék fogyasztása javasolt. Szokatlan panasz esetén forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz, szakdolgozóhoz.

8. A beteg által adott tájékoztatás

Kérjük, aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre:

- | | |
|---|----------|
| ▲ Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?
Ha igen, mely gyógyszerre?..... | Nem-Igen |
| ▲ Tud-e véréékenységéről? | Nem-Igen |
| ▲ Van-e epilepsziája? | Nem-Igen |
| ▲ Fennáll-e Önnél terhesség? | Nem-Igen |
| ▲ Van-e zöldhályoga? | Nem-Igen |
| ▲ Van-e beültetett szívritmus szabályozója? | Nem-Igen |
| ▲ Van-e egyéb említésre méltó betegsége (pl. pajzsmirigy betegség)?
Ha igen, mi az?..... | Nem-Igen |
| ▲ Szed-e véralvadásgátló gyógyszert?
Ha igen, mi az?..... | Nem-Igen |
| ▲ Van-e cukorbetegsége?
Ha igen, metformin hatóanyagú gyógyszert szed-e?..... | Nem-Igen |

9. A beteg által feltett kérdések	Válaszok, illetve az orvos által közölni kívánt egyéb információk

A jelen dokumentumban foglalt, valamint a döntési jogával kapcsolatos, külön dokumentumban foglalt tájékoztatás megértése és tudomásul vétele után a beteg a következőképpen nyilatkozik a javasolt beavatkozás elvégzésével kapcsolatban:

Alulírott (név) _____, beteg

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a javasolt beavatkozással kapcsolatos döntési jogommal, a fennálló betegséggel, annak kezelésével, illetve a javasolt beavatkozással, annak kockázataival, szövődményeivel, elmaradásának következményeivel, valamint a szóba jöhető alternatív kezelésekkkel kapcsolatban orvosaimtól teljes körű – írásbeli és egyéniesített szóbeli - tájékoztatást kaptam, melynek során lehetőségem volt kezelőorvosomnak kérdéseket feltenni és vele személyesen konzultálni. A részemre nyújtott tájékoztatást elegendőnek és teljes körűnek találtam. Elismerem, hogy tájékoztatást kaptam a beavatkozás során közreműködő személyek nevééről, szakképesítéséről és beosztásáról, valamint a javasolt beavatkozás tervezett időpontjáról is. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás után a vártnál rosszabb eredmény, akár negatív következmény is előállhat, illetve, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tudomásul veszem továbbá, hogy a javasolt beavatkozás visszautasításának következményeiért kizárólag én vagyok a felelős, azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A részemre nyújtott írásbeli és egyéni szóbeli tájékoztatás alapján, bármiféle megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen, jogaim megismerését követően, saját elhatározásomból úgy döntöttem, hogy a jelen tájékoztatóban megnevezett, javasolt beavatkozás elvégzésébe, illetve annak orvosilag indokolt, előre nem látható kiterjesztésébe

beleegyezem

nem egyezem bele, azt visszautasítom

Kijelentem, hogy orvosaim elől semmilyen, a gyógykezelésem szempontjából lényeges körülményt nem hallgattam el, őt az általam ismert betegségeimről és allergiáimról, az általam szedett gyógyszerekről és gyógyszerérzékenységeimről a valóságnak megfelelően, teljes mértékben tájékoztattam.

Beteg / törvényes képviselő aláírása

Orvos aláírása

Szigetvár, 20..... évhónapnap.....óra.....perc.