

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat kontrasztanyag mamoográfias vizsgálat elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

Kérjük, beleegyezését megelőzően figyelmesen olvassa el a vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövödményekkel kapcsolatos információkat.

— Általános tudnivalók

Ezt a típusú vizsgálatot mindig az alap mamoográfia után **kiegészítő vizsgálatként** végezzük és minden esetben orvos dönt a vizsgálat elvégezhetőségéről. Ez a speciális módszer ún. dupla energiájú leképezéssel történik. A vizsgálat során kontrasztanyag intravénás beadása után kétirányú felvételek készülnek mindkét emlőről. A kiváló képminőség biztosítása, valamint a sugárterhelés csökkentése érdekében az emlőket plexilemez segítségével összenyomjuk (komprimáljuk), ami néha kisebb, de elviselhető fájdalommal járhat. A kellemetlenség kisebb a menstruációt követő héten, ezért célszerű a vizsgálatot, ha lehetséges, a menstruáció utáni hétre időzíteni. A vizsgálat sugárterheléssel jár. Ez az eljárás nem végezhető terhességben és szoptatás ideje alatt.

Korábbi emlő vonatkozású leleteit, zárójelentéseit, filmjeit, CD-it kérjük feltétlenül adja le a recepción vagy az asszisztensnél!

— A vizsgálat menete

A vizsgálat előtt 4 órával ne egyen, de kérjük, hogy folyadékot bőven fogyasszon! Rendszeresen szedett gyógyszereit vizsgálat előtt vízzel vegye be. A felvételek elkészítése előtt a radiológus orvos az előzmények alapján pontosan egyeztetni melyik emlőben lévő, mely elváltozásról van szó. Az asszisztens egy branült helyez legtöbbször a könyökvénába, melyen keresztül a kontrasztanyagot beadják. Ez fájdalommal nem jár, egy vérvételhez hasonló tűszúrás. A kontrasztanyag beadása után a megfelelő pozícióban az emlőket először egy akril lap segítségével komprimáljuk. Utána mindkét emlőről két-két felvétel készül. A kontrasztanyag beadása közben előfordulhat testszerte melegségérzés, fémes szájíz, illetve vizelet inger. Ez mind teljesen normális és pár másodperc elteltével múlik. A kontrasztanyagot a vizsgálat után a vesék kiválasztják, majd a vizeletbe kerül, és távozik a szervezetből.

A kontrasztanyag vizsgálatot követően 20 percet még a váróban kell töltenie, hogy az esetlegesen fellépő kontrasztanyag okozta mellékhatásokat felismerjük és amennyiben szükséges, a megfelelő gyógyszeres kezelést megkezdhesük.

— Lehetséges veszélyek, szövödmények és azok elkerülése, elhárítása

A kontrasztanyag mamoográfias vizsgálat során szükségessé váló jódtartalmú kontrasztanyag beadásához a cukorbetegsége gyógyszerrel szedő pácienseknél bizonyos készítmények esetén az alábbiak szerint kell eljárni:

METFORMIN-t szedő cukorbetegknél:

- NEM KELL VÁLTOZTATNI** a METFORMIN szedésén, ha
 - nem szenvednek akut veseelégtelenségben,
 - eGFR értékük >30 ml/perc/1,73 m²
- A METFORMIN ALAPÚ GYÓGYSZER SZEDÉSÉT A KONTRASZTANYAG BEADÁSÁT KÖVETŐ 48 ÓRÁBAN FEL KELL FÜGGESZTENI**, majd csak azt követően lehet tovább folytatni, ha a kontroll eGFR érték nem változott szignifikáns mértékben, azoknál a pácienseknél, akik
 - nem szenvednek akut veseelégtelenségben és az eGFR érték <30 ml/perc/1,73 m²

Kérjük, ellenőrizze, Ön metformin hatóanyag tartalmú cukorbetegsége gyógyszerrel szed-e és ha igen, akkor a gyógyszer szedésének módját kezelőorvosával beszélje meg! Normál veseműködés mellett a kontrasztanyag a vesét nem károsítja, de FONTOS, hogy kontrasztanyag vizsgálat előtti és utáni napokban bőven fogyasszon folyadékot (min. 1,5-2 liter!).

Kontrasztanyag mamoográfias vizsgálatoknál a kontrasztanyagot legtöbbször a könyökvénán keresztül juttatjuk a szervezetbe, általában egy pumpa (injektor) segítségével. A beadás során rövid ideig melegséget, 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 felszívódik. A végtag borogatása javasolt.

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

A kontrasztanyag olyan jódtartalmú vegyület, amely az erek ábrázolására és a szervek, szövetek érellátásának vizsgálatára alkalmas. A kontrasztanyaggal, mint bármely gyógyszerrel szemben túlérzékenység fordulhat elő. A túlérzékenység nem önmagára a jódra, hanem a jódtartalmú és a vele összekapcsolt molekula együttesére, azaz magára a vegyületre jelentkezhet. Kontrasztanyag túlérzékenység (allergia) ritkán fordul elő. Tünetei: az arc, ajkak, nyelv, torok duzzanata, köhögés, viszketés, orrfolyás, tüszögés, csalánkiütés, nehézlégzés, fulladásérzés. Amennyiben ezek a tünetek vagy egyébek a kontrasztanyag adása után előfordulnak, azonnal tájékoztassa a vizsgálatot végző szakasszisztentst. Felhívjuk a figyelmét, hogy ezek a tünetek 24 órán belül később is előfordulhatnak, ilyenkor, kérjük, jelentkezzen legközelebbi sürgősségi betegellátóhelyen (SBO)! Az allergia az esetek többségében enyhe, súlyos allergia ritkán fordul elő. Nagyon ritkán alakul ki anafilaxiás (túlérzékenységi) sokkos állapot, mely extrém esetben keringés összeomlásához, szívmegálláshoz vezethet. Egy esetleges allergiás reakció 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.

Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző egészségügyi személyzethez vagy a vizsgálatot irányító szakorvoshoz!

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy a kontrasztanyag mamoográfias vizsgálatba is az egészségügyről szóló törvény előírása szerint, amennyiben kéri annak elvégzését, Önnek bele kell egyeznie. A beleegyező nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálatot nem végezhetjük el.

— **Köszönjük együttműködését, jó egészséget kívánunk!**

Vizsgálati kérdőív

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, válaszát a jelölőnégyzet használatával X jellel jelölje.

Tudomása szerint Ön terhes?

Igen/Lehetséges

Nem

Figyelem! Amennyiben Igen/Lehetséges a válasz, a „Várandós nyilatkozat ionizáló sugárzást alkalmazó vizsgálat elvégzéséhez” nyilatkozat kitöltése is szükséges!

Tud-e arról/van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?

Igen

Nem

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

Igen

Nem

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?

Igen

Nem

Tud-e arról/van-e Önnek asztmás betegsége?

Igen

Nem

Tud-e arról/van-e Önnek magasvérnyomásos betegsége?

Igen

Nem

Tud-e arról/van-e Önnek cukorbetegsége?

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 (veseműtét, fehérjevizelés)?

Igen

Nem

Tud-e arról/van-e Önnek fertőző betegsége (TBC, májgyulladás stb.)?

Igen

Nem

Van-e egyéb említésre méltó betegsége?

Igen

Nem

Egyéb említésre méltó betegségem

Testmagasság (cm)

Testsúly (kg)

Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű, számomra érthető és megfelelő írásbeli és szóbeli tájékoztatásban részesültem, különös tekintettel a vizsgálat céljáról, menetéről, elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, az esetleges szövődményekről, továbbá döntési jogomról a vizsgálatok, beavatkozások tekintetében. Lehetőségem volt további kérdésre, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre (ha volt ilyen) kielégítő választ kaptam, az elhangzottakat megértettem. Lehetőségem volt az eljárásban közvetlenül közreműködő személyek nevének, szakképesítésének és beosztásának megismerésére. Több kérdésem nincs, további gondolkodási időre nincs szükségem. Döntésem meghozatalához elegendő idő állt a rendelkezésemre, és a hozzájárulást bármely kényszertől mentesen, tiszta tudattal adom meg.

A vizsgálat lényegét megértettem, a kontrasztanyagossal mamográfiai vizsgálatba beleegyezem.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

Amennyiben a PÁCIENS NEM TUD A MAGA NEVÉBEN nyilatkozni és/vagy aláírni, ennek oka

- 18 év alatti Korlátozottan cselekvőképessé vagy cselekvőképtelen felnőtt
 Egyéb – kérjük részletezze!

Törvényes képviselő teljes neve

(Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!)

Beleegyező nyilatkozat aláírásának dátuma