

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ: Η Υπολογιστική Τομογραφία είναι εξέταση που χρησιμοποιεί ιοντίζουσα ακτινοβολία μόνο κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ο κίνδυνος καρκινογένεσης είναι μικρός αλλά αθροιστικός, δηλαδή αυξάνεται με τον αριθμό των αξονικών και την έκταση του σώματος που εξετάζεται/ακτινοβολείται. Η εξέταση πραγματοποιείται όταν ο παραπέμπων και ο ακτινολόγος συμφωνήσουν ότι είναι αναγκαία για τη λήψη αποφάσεων προς όφελος της υγείας του εξεταζομένου και ότι δεν υπάρχει εναλλακτική διαθέσιμη απεικονιστική μέθοδος (υπερηχογράφημα, υπερηχογράφημα με ηχωνεισχυτική ουσία, μαγνητική τομογραφία, κλπ).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ: Η ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού γίνεται μόνο όταν χρειάζεται και απαιτείται σε πληθώρα ενδείξεων για την ανάδειξη και χαρακτηρισμό παθολογίας. Η ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού συνοδεύεται συχνά από αίσθημα καύσους, σπασμούς από ήπιες αντιδράσεις όπως κνησμό, εξάνθημα, ναυτία, έμετο, και πολύ σπάνια από βρογχόσπασμο, οίδημα λάρυγγα, αλλεργικό σοκ ή και ανακοπή. Η πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης αυξάνεται σε αλλεργικό υπόστρωμα όπως έξαρση αλλεργικής ρινίτιδας, ατοπική δερματίτιδα, γνωστές αλλεργίες σε φάρμακα, τροφές και για αυτό στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται τριήμερη απευαισθητοποίηση.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ: Η ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού διενεργείται μόνο επί απόλυτης ένδειξης σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Σε κάθε τέτοια περίπτωση θα πρέπει να έχουν ενημερωθεί και συνεννοηθεί ο παραπέμπων και ο νεφρολόγος.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ: Κρίνω ότι η χρησιμότητα της ενδοφλέβιας χορήγησης σκιαγραφικού υπερβαίνει τον κίνδυνο αλλεργίας ή νεφροτοξικότητας και έχω συνεννοηθεί/θα συνεννοηθώ άμεσα για αντιμετώπιση νεφροτοξικότητας. Ημερομηνία
Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή παραπέμποντος
'Η Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή νεφρολόγου.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ: Ο/Η υπογράφων/ουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης διαγνωστικής πράξης, **δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους ιατρούς:**

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια αξονικής τομογραφίας
σύμφωνα με το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
2. Να χορηγηθεί σκιαγραφικό μέσο ενδοφλεβίως εφόσον κριθεί απαραίτητο.
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
3. Να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
4. Να προσκομίσω το σκιαγραφικό που μπορεί να μου χορηγηθεί αν δεν νοσηλεύομαι
ΝΑΙ
5. Επιθυμώ να παραλάβω τις εικόνες και την γνωμάτευση της εξέτασης
-Από το website του Νοσοκομείου (e-αποτελέσματα) χωρίς να χρειαστεί να εμφανιστώ
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
-Υπό έντυπη μορφή (φάκελος με CD) από την Γραμματεία εγώ ή εξουσιοδοτημένο άτομο
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
6. Συναινώ στη χρήση των εικόνων και σχετικών κλινικών πληροφοριών για επιστημονική μελέτη/
διδασκικούς σκοπούς. Η χρήση των ανωτέρω στοιχείων θα γίνει μετά την ανωνυμοποίησή τους.
ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο και υπογραφή ασθενούς ή συνοδού

Εναλλακτικά όνοματεπώνυμο και υπογραφή
παραπέμποντος.....