

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΦΟΔΕΥΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:			
ΗΛΙΚΙΑ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:	<input type="checkbox"/>	ΣΥΓΓΕΝΗΣ:	<input type="checkbox"/>
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
Αιτία της μη δήλωσης του ιδίου του Ασθενούς:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
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 και τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τον Θεράποντα Ιατρό διαγνωστικής πράξης, δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στον Ακτινολόγο Ιατρό _____			
<ol style="list-style-type: none">1. Να προχωρήσει στη διενέργεια αφοδευογράμματος σύμφωνα με το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο.2. Να χορηγηθεί ενδοφλεβίως φαρμακευτική υποτονία με γλυκαγόνο ή βουτυλοσκοπολαμίνη (Buscoran) εφόσον κριθεί αναγκαία.3. Να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης.			

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

<u>Είδος εξέτασης:</u> ΑΦΟΔΕΥΟΓΡΑΜΜΑ			
<u>Αναγκαιότητα, σκοπός:</u> Κυρίως σε περιπτώσεις δυσχεσίας ή ακράτειας για την ανάδειξη μορφολογικών και λειτουργικών διαταραχών του ορθοπρωκτού.			
<u>Τρόπος διενέργειας:</u> Διαπρωκτική πλήρωση της ληκύθου του ορθού με 150 ml πάστας βαρίου, που υποδύεται το ιξώδες των κοπράνων. Στις γυναίκες επιπρόσθετα γίνεται απεικόνιση του κόλπου με 15 ml σκιαγραφικής ουσίας. Ο/Η ασθενής κάθεται σε χημική τουαλέτα και καταγράφεται η αφόδευση με διαλείπουσα ακτινοσκόπηση και λήψη εντοπιστικών ακτινογραφιών.			
<u>Πιθανές επιπλοκές:</u> Εξαιρετικά σπάνιες. Έκθεση σε ακτινοβολία. Πιθανή επιδείνωση αποφρακτικής δυσχεσίας.			
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ			
Συναινώ στη χρήση των απεικονίσεων από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου για επιστημονική μελέτη ή/και διδακτικούς σκοπούς μετά την ανωνυμοποίησή τους. Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			
Ημερομηνία	Υπογραφή Ιατρού	Υπογραφή Ασθενή	Υπογραφή Συνοδού