

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	
<b>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</b>		
<b>ΗΛΙΚΙΑ:</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</b>
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b>		
<b>Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:</b> <input type="checkbox"/>	<b>ΣΥΓΓΕΝΗΣ:</b> <input type="checkbox"/>	<b>ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ:</b>
<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</b>
Αιτία της μη δήλωσης του ίδιου του Ασθενούς:		
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b>		
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 <b>δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στον Ακτινολόγο Ιατρό</b> _____		
1. Να προχωρήσει στη διενέργεια <b>ενδοφλέβιας πυελογραφίας</b> σύμφωνα με το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο. 2. Να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης.		

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

<b>Είδος εξέτασης:</b> <b>ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ</b>			
<b>Αναγκαιότητα, σκοπός:</b> Απεικόνιση νεφρών – ουρητήρων – ουροδόχου κύστεως.			
<b>Τρόπος διενέργειας:</b> Ενδοφλέβια χορήγηση 50 ml ιωδιούχου μη ιονικής σκιαγραφικής ουσίας και λήψη ακτινογραφιών.			
<b>Πιθανές επιπλοκές:</b> Έκθεση σε ακτινοβολία. Κάποια άτομα μπορεί να εμφανίσουν αλλεργική αντίδραση στο σκιαγραφικό, η οποία συνήθως είναι ήπια και περιλαμβάνει μεταλλική γεύση στο στόμα, κνησμό ή/και εξάνθημα, ναυτία, ή τάση προς έμετο. Οι σοβαρές επιπλοκές είναι συνήθως σπάνιες. Όμως οφείλετε να ενημερώσετε τον ιατρό σας εάν είστε αλλεργικός/-ή (γνωστή αλλεργία σε σκιαγραφικό, φαρμακευτικές ουσίες ή τροφές), ώστε να προηγηθεί, εάν απαιτείται, τριήμερη αγωγή απευαισθητοποίησης. Επίσης υπάρχει μικρός κίνδυνος εμφάνισης οξείας νεφρικής βλάβης σε μεγάλης ηλικίας άτομα και σε ιδιαίτερες ομάδες ασθενών, όπως ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πολλαπλό μυέλωμα, δρεπανοκυτταρική αναιμία ή φαιοχρωμοκύττωμα, στους οποίους υπάρχει αυξημένη πιθανότητα νεφρικής βλάβης.			
<b>ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b>			
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"/>			
<b>Ημερομηνία</b>	<b>Υπογραφή Ιατρού</b>	<b>Υπογραφή Ασθενή</b>	<b>Υπογραφή Συνοδού</b>