

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΒΑΡΙΟΥΧΟ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟ

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 βαριούχου υποκλυσμού 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> ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ			
<u>Αναγκαιότητα, σκοπός:</u> Απεικόνιση παχέος εντέρου για πιθανή παθολογία του.			
<u>Τρόπος διενέργειας:</u> Διαπρωκτικός καθετηριασμός με μικρό ρύγχος και παλίνδρομη σκιαγράφιση του παχέος εντέρου με βάριο και αέρα, διαλείπουσα ακτινοσκόπηση και λήψη ακτινογραφιών.			
<u>Πιθανές επιπλοκές:</u> Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων απουσιάζουν. Έκθεση σε ακτινοβολία. Η αλλεργική αντίδραση στο θειϊκό βάριο θεωρείται εξαιρετικά σπάνια. Σε έντονα παθολογικό τοίχωμα του παχέος εντέρου μπορεί να παρατηρηθεί αιμορραγία ή διαφυγή της σκιαγραφικής ουσίας στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Σε περίπτωση χορήγησης ιωδιούχου σκιαγραφικής ουσίας η πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης αυξάνεται σε αλλεργικό υπόστρωμα (γνωστή αλλεργία σε σκιαγραφικά, φάρμακα, τροφές κλπ.) και οφείλετε να ενημερώσετε τον Ιατρό σας ώστε να προηγηθεί, εάν απαιτείται, τριήμερη αγωγή απευαισθητοποίησης.			
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