

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΙΟΥΣΑ ΟΥΡΗΘΡΟΓΡΑΦΙΑ
(ΕΝΗΛΙΚΩΝ)**

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		
ΗΛΙΚΙΑ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ		
Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ: <input type="checkbox"/>	ΣΥΓΓΕΝΗΣ: <input type="checkbox"/>	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	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 _____		
1. Να προχωρήσει στη διενέργεια ανιούσας ουρηθρογραφίας σύμφωνα με το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο. 2. Να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης ή τραυματισμού.		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Είδος εξέτασης: ΑΝΙΟΥΣΑ ΟΥΡΗΘΡΟΓΡΑΦΙΑ			
Αναγκαιότητα, σκοπός: Απεικόνιση ουρήθρας.			
Τρόπος διενέργειας: Διουρηθρική τοποθέτηση καθετήρα, έγχυση υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση σκιαγραφικής ουσίας και λήψη ακτινογραφιών.			
Πιθανές επιπλοκές: Έκθεση σε ακτινοβολία. Η διουρηθρική τοποθέτηση του καθετήρα μπορεί να είναι μετρίως επώδυνη, ενώ μπορεί να προκληθεί και μικρή αιμορραγία από την ουρήθρα. Κάποια άτομα μπορεί να εμφανίσουν αλλεργική αντίδραση στο σκιαγραφικό, η οποία συνήθως είναι ήπια. 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 μπορεί να έχετε ήπιο πόνο κατά την ούρηση ή να παρατηρήσετε μια ροζ χροιά στα ούρα σας. Ενημερώστε τον ιατρό σας εάν συμβαίνει κάτι από τα παρακάτω στο επόμενο 24ωρο: πυρετός ή/και ρίγος, πόνος στην κοιλιά, μειωμένη παραγωγή ούρων, αιματουρία.			
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