

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΡΑΦΗΜΑ

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 οισοφαγογραφήματος 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

Είδος εξέτασης: ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΡΑΦΗΜΑ			
Αναγκαιότητα, σκοπός: Απεικόνιση του οισοφάγου για πιθανή παθολογία του.			
Τρόπος διενέργειας: Χορήγηση από το στόμα 170 – 200 ml εναιωρήματος βαρίου, διαλείπουσα ακτινοσκόπηση και λήψη ακτινογραφιών.			
Πιθανές επιπλοκές: Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων απουσιάζουν. Έκθεση σε ακτινοβολία. Η αλλεργική αντίδραση στο θειϊκό βάριο θεωρείται εξαιρετικά σπάνια. Ωστόσο σε περίπτωση έντονης δυσπρόνοιας κατά την κατάποση ή παρουσίας τραχειοοισοφαγικού συριγγίου, μπορεί να παρατηρηθεί εισρόφηση της σκιαγραφικής ουσίας στο τραχειοβρογχικό δέντρο. Επίσης σε έντονα παθολογικό τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα μπορεί να παρατηρηθεί διαφυγή της σκιαγραφικής ουσίας στο μεσοθωράκιο, 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