



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT IZOTÓPDIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLAT ESETÉN

Név:

Születési idő:

TAJ:

Tisztelt Betegünk!

Önt kezelőorvosa - a velünk történt megbeszélés alapján - izotópos vizsgálatra utalta hozzánk. Ez olyan speciális vizsgálattípus, amelynek révén igen sok információt nyerhetünk a vizsgált szervekről, jelentősen segítve ezzel az Ön kezelőorvosát betegsége megállapításában és kezelése megtervezésében.

A radioaktív izotópokkal végzett vizsgálatok során –más képalkotó módszerekkel szemben- a szervek anatómiáján felül a szövetek funkciójáról, anyagcseréjéről is információt kapunk. Az izotópvizsgálat a szövettani, citológiai mintavételt éppúgy nem helyettesíti, mint egyes eszközös vizsgálatokat (pl. gyomor-, vastagbéltükrözés) vagy szűrővizsgálatokat (pl. emlőrák- vagy méhnyakrák szűrés).

Vizsgálataink kontrasztanyag túlérzékenység esetén is elvégezhetők.

Kockázatai: Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással rendelkezhet. Kérjük, hogy jelezze, ha terhes, vagy nem kizárt a terhesség lehetősége. Bár az alkalmazott izotóp a szervezetre nézve minimális kockázattal járhat, a fokozott biztonság érdekében a környezetükben élő 10 éven aluli gyermekekkel és terhes anyával ne tartózkodjanak egy helyiségben, a szóbeli tájékoztatóban meghatározott időpontig.

Szövődmény: A vizsgálat során intravénás injekció formájában speciális izotópot (radioaktív sugárzó anyagot) adunk Önnek. Az injekció beadása során nagyon ritkán előfordulhat, hogy a véna fala a beadás során megreped, és az anyag egy része a szövetek közé kerül. Ez nem okoz szöveti károsodást, néhány napig duzzanat, fájdalom, bevérzés kialakulhat a beadás helyén.

A vizsgálatot végző szakasszisztens részletes felvilágosítást ad a vizsgálat menetéről, az injekció beadása előtt.

A vizsgálatok várakozási ideje nem azonos, ezért a vizsgálatok nem érkezési sorrendben történnek.

Amennyiben a felvilágosítás birtokában beleegyezik abba, hogy Önön, vagy kiskorú gyermekén, gondozottján az izotópos vizsgálatot elvégezzük, kérjük, jelezze aláírásával.



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Megkaptam az izotópvizsgálatra vonatkozó tájékoztatást és felvilágosítást, melyet megértettem.

Tudomással bírok a vizsgálat elvégzésének előnyeiről, kockázatairól, szövődményeiről, a vizsgálat folyamatáról. Ennek alapján aláírással igazolom, hogy a vizsgálatba

- beleegyezem.
- nem egyezem bele

Hozzájárulok, hogy intravénásan vagy egyéb módon radioaktív izotópot juttassanak szervezetembe, és tudomásul veszem, hogy a tervezett vizsgálat ionizáló sugárzás alkalmazásával történik.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, a kezelőorvosomat, illetve a nukleáris medicina szakorvosát NEM terheli felelősség a vizsgálat elmaradásából származó diagnosztikus hátrányért, és az abból származó következményekért.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a készült képi anyagokat orvosi ellátásom érdekében más egészségügyi intézmény felé továbbítsák.

Beleegyezem abba, hogy jelen vizsgálat eredményeként készült képi anyagait és a hozzá kapcsolódó egészségügyi dokumentációkat (zárójelentés, kórlap, kéréslap, lelet, más intézményben végzett vizsgálat eredménye) oktatási (általános orvos/fogorvos képzés, szakorvos képzés, szakorvosi továbbképzés) és kutatási célból, személyes adataim védelme mellett, anonim módon a PTE KK klinikái/intézményei felhasználhassák*

Hozzájárulok ahhoz, hogy jelen vizsgálat képi anyagait és a hozzá kapcsolódó egészségügyi dokumentációkat a fenti célok esetében előadáson vagy folyóiratban – kizárólag anonim módon – megjelenhessenek.

A beavatkozásról elegendő információt kaptam, további tájékoztatási jogomról lemondok.

Tudomásul veszem, hogy a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ honlapján megtalálható a PTE Klinikai Központ adatkezelési tájékoztatója.

*A képi anyagokat a hatályos törvények szerint előírt ideig megőrizzük, de amennyiben a fenti célok miatt indokolt, tovább is.

A vizsgálatkal kapcsolatos tájékoztatást adta:.....

Pécs,.....

.....
beteg vagy törvényes képviselője

A vizsgálat elvégzésének visszautasítása esetén két tanú aláírása, és lakcíme:

.....
I.sz. tanú aláírása, lakcím

.....
II. sz. tanú aláírása, lakcím