



RADITEC

1091 Budapest, Üllői út 47.
Tel.: 216-4600, Fax: 216-4555
E-mail: raditec@raditec.hu
Internet: www.raditec.hu

MR ENTEROGRAPHIA

Kiegészítő tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Beteg neve: _____

Beteg elérhetősége: _____

Igen tisztelt Betegünk!

Kérjük, figyelmesen olvassa el a tájékoztatót és válaszoljon az alábbi kérdésekre! Amennyiben valamit nem ért, kérdése vagy észrevétele van, orvosaink és operátoraink a rendelkezésére állnak!

A vizsgálat során szükség van Buscopan injekció beadására.

A Buscopan injekció:

A Buscopan a vizsgálat során a belek ellazulását segítő szer, amelyet – szükség esetén – a vizsgálatot megelőzően injekció formájában adunk be önnek. A Buscopan hatása kb. 5-10 percig tart.

A Buscopánnak az alábbi ismert mellékhatásai lehetnek: szájszárazság, verejtékezési zavar, szapora szívverés, vizelet-visszatartás. Ezek általában enyhe fokúak. Nagyon ritkán előfordulhat allergiás reakció a Buscopan beadását követően (bőrkiütés, vérkeringési és légzési panaszok, súlyos esetben életveszélyes reakció - anafilaxias sokk).

A Buscopan beadását követően előfordulhat, hogy a szemizmai is ellazulnak. Ez látászavart okozhat. A Buscopan hatásának megszűnéséig ezért kérjük, hogy ne vezessen járművet! Ha az injekció beadása után fájdalmat érez a szemében, vagy látászavar jelentkezik, haladéktalanul szemész szakorvoshoz kell fordulni!

Fontos tudnia, hogy az injekció mellékhatásai elhanyagolhatóak annak előnyeéhez képest!

Mikor nem adható be Buscopan?

Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi kérdéseket, és a választ szíveskedjék X-el jelölni!

A Buscopan nem mindenkinek adható be. Amennyiben bármelyik kérdésre a válasz igen, Buscopan Önnek nem adható be:

Van-e Önnek...

- | | |
|--|--|
| • kezeletlen zöldhályog betegsége (glaukóma)? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • vizelet-visszatartást okozó prosztata megnagyobbodása? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • szapora szívverése?
(nyugalmi állapotban percenként 100 szívverés felett) | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • Velezületett izomgyengesége (Myasthenia gravis)? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • Orvos által korábban már megállapított vastagbél tágulata? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • Orvos által korábban már megállapított kóros bélszűkülete? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| • Megállapították-e már, hogy allergiás a Buscopan-ra? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |

A tájékoztató a következő oldalon folytatódik. Kérjük, fordítson!

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértettem, további kérdésem a vizsgálattal és az injekcióval kapcsolatosan nincsen.

Beleegyezés Buscopan Injekció adásába

A Buscopan injekció beadásához hozzájárulására van szükség. Kérjük, hogy a fenti tájékoztatás alapján döntsön, és a *-gal jelöltből aláhúzással válasszon!

Buscopan injekció adásába

a. beleegyezem*

b. nem egyezem bele*

Budapest, 201__ év. _____ hó ____ napján

(A beteg vagy gondviselő aláírása)

A vizsgálat computeres kiértékelése sok időt vesz igénybe, ezért a leletet kb. 3-4 nap múlva tudjuk kiadni. Türelmüket és megértésüket köszönjük!

Az orvos tölti ki!

A beteg tájékoztatása a fenti tartalommal megtörtént, az igényelt tájékoztatásokat megkapta.

Budapest, 201.....hó.....nap.

.....
szakorvos aláírása