

מדבקה קטנה

הסכמה לביצוע C.T. עם הזרקת חומר ניגוד לתוך ורידי

עליך לבצע בדיקת CT המחייבת הזרקת חומר ניגוד לתוך הוריד. זו תמיסה המכילה יוד, שבעזרתה ניתן לאבחן מחלות בחלקים שונים של הגוף.

לפני ביצוע הזרקת חומר ניגוד עליך להיות מודע/ת לסיכונים הקשורים להזרקת חומר הניגוד (יוד).

בזמן קבלת זריקת חומר הניגוד לתוך הוריד, יתכן שתרגישי/י תחושה של חום בכל הגוף וטעם מתכתי בפה. לעיתים בחילה ואף הקאה. נבדקים בודדים מפתחים תגובה אלרגית ועלולים לפתח גירוי בעור (URTICARIA). תופעת לוואי זו נעלמת בדרך כלל מעצמה, או לאחר טיפול תרופתי.

נבדק אחד מתוך כ- 5,000 עלול לפתח קשיי נשימה (קוצר נשימה) או נפיחות בפנים. סיבוכים אילו יטופלו מיד בתרופות מתאימות.

תגובה אלרגית קשה מתפתחת באחד מתוך כ- 4000 נבדקים. סיבוך זה עלול לגרום למות. אפשרות זו נדירה ביותר ואין לחזותה מראש.

חומר ניגוד תוך-ורידי נסבל על-ידי הרוב המכריע של הנבדקים, ללא תופעות לוואי.

אנא ענה/י על השאלות הבאות:

1. האם את/ה רגישה לiod? לא כן
2. האם הזריקו לך בעבר חומר ניגוד? לא כן
3. האם את/ה רגישה לתרופה כלשהי, מאכלים, פרחים או צמחים? לא כן
4. האם את/ה סובלת/ת מאסטמה או בעיות נשימתיות אחרות? לא כן. אם כן, האם קיבלת הכנה טרם הבדיקה? פרט: _____
5. האם יש לך סכרת? לא כן. אם כן, האם את/ה מקבלת אינסולין או האם את/ה מקבלת גלוקופאז, או תרופה אחרת דרך הפה? לא כן _____
6. האם יש לך רקע של מחלות לב? לא כן _____
7. האם את/ה סובלת/ת ממחלות כליות? לא כן
8. האם את/ה בהריון? לא כן

להסכמה:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של חומר ניגוד. הוסבר לי שלעיתים נדרש טיפול מידי עקב תופעות הלוואי ואני מסכים/ה לקבל טיפול זה, במידה ויידרש.

חתימת הנבדק/האפוסטרופוס

שם הנבדק

תאריך

לסירוב:

אני מסרב/ת לבצע את הבדיקה עם הזרקת חומר ניגוד יודי ואני מודע/ת לכך, שעקב סירובי זה נפגעת איכות הבדיקה.

חתימת הנבדק/האפוסטרופוס

שם הנבדק

תאריך