

מלסוק סגיר

המורפה עלו الخضوع لفحص الـ CT المنوط بحقن مائة التباين في الوريد הסכמה לביצוע C.T. עם הזרקת חומר ניגוד תוך ורידי

ינרנב עליכ الخضوع لفحص الـ CT المنوط بحقن مائة التباين في الوريد. هذه المادّة عبارة عن محلول يحتوي على اليود ويتيح تشخيص الأمراض في أجزاء مختلفة من الجسم.

قبل إعطائك حقنة مائة التباين يجب عليك أن تعرف المخاطر المرتبطة بحقن مائة التباين (اليود).

عند تلقّي حقنة مائة التباين في الوريد، قد تشعر بالحرارة في الجسم كلّ زيادةً على الطعم المعدنيّ في الفم. وقد ينشأ أحياناً الشعور بالغثيان وحثّي التقيؤ. ويعاني عدد قليل من المفحوصين من ردّ الفعل التحسّسيّ بل قد يشعرون بالتهيج في الجلد (URTICARIA - الشرى). ولكن يتلاشى هذا العرض الجانبيّ عادةً من تلقاء نفسه أو في أعقاب العلاج الدوائيّ.

وقد تنشأ لدى مفحوص واحد من أصل ما يقارب 5000 مفحوص صعوبات التنفّس (ضيق التنفّس) أو أعراض تورّم الوجه. سيتمّ معالجة هذه المضاعفات حالاً بالأدوية المناسبة.

ينشأ ردّ الفعل التحسّسيّ الخطير لدى مفحوص واحد من أصل ما يقارب 4000 مفحوص. ومن شأن هذه المضاعفة أن تؤدي إلى الوفاة. ولكنّ حدوث ذلك أمر نادر جدّاً يتعدّد توقّعه مسبقاً.

وقد لوحظ لدى الغالبية الساحقة من المفحوصين تحمّل مائة التباين المحقونة في الوريد بدون نشوء أيّ أعراض جانبية.

نرجوكم أن تجيب عن الأسئلة التالية:

- هل لديك حساسية لليود؟ ☐ لا ☐ نعم
- هل تلقّيت سابقاً حقنة مائة التباين؟ ☐ لا ☐ نعم
- هل لديك حساسية لدواء ما أو لنوع من الأطعمة، الزهور أو النباتات؟ ☐ لا ☐ نعم
- هل تعاني من الربو أو من مشاكل تنفسية أخرى؟ ☐ لا ☐ نعم إذا كان الجواب نعم، هل خضعت لإجراءات تمهيدية قبل الفحص؟ أضف التفاصيل: _____
- هل تعاني من السكريّ ☐ لا ☐ نعم إذا كان الجواب نعم، هل تحصل على الإنسولين أو هل تحصل على الجلوكوفاج أو أيّ دواء فمويّ آخر؟ ☐ لا ☐ نعم _____
- هل لديك ماضٍ من أمراض القلب؟ ☐ لا ☐ نعم _____
- هل تعاني من أمراض الكلى؟ ☐ لا ☐ نعم
- هل أنت حامل؟ ☐ لا ☐ نعم

الموافقة:

إنني أصرّح وأؤكد بموجب هذا أنّه قد شُرحت لي الأعراض الجانبية الناتجة من مائة التباين. وقد شرح لي أنّ الأعراض الجانبية تستلزم أحياناً العلاج الفوريّ وأوافق على الحصول على هذا العلاج إذا دعت الحاجة.

توقيع المفحوص/الوصي

اسم المفحوص

التاريخ

الرفض:

إنني أرفض الخضوع للفحص وتلقّي حقنة مائة التباين على هيئة اليود وأعرف أنّ هذا الرفض يؤثّر سلّماً على جودة الفحص.

توقيع المفحوص/الوصي

اسم المفحوص

التاريخ