

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Рентгеноконтрастное вещество, содержащее йод Информация для пациента

Вам предстоит процедура получения изображений где, возможно, потребуется использовать рентгеноконтрастное вещество, содержащее йод. В зависимости от типа процедуры, которая Вам предстоит, рентгеноконтрастное вещество может быть введено путем инъекции в Вашу вену, в сустав, либо в иную часть тела, или возможно Вас попросят выпить рентгеноконтрастное вещество.

Рентгеноконтрастное вещество используется радиологами для того, чтобы помочь выявить важные структуры, которые мы исследуем, а также для повышения точности обследования, которое Вам предстоит пройти.

Определенные заболевания могут повлиять на то, как Вы реагируете на рентгеноконтрастное вещество и важно, чтобы мы знали об этом до начала процедуры. Поэтому, пожалуйста, ответьте на нижеследующие вопросы.

- Вы беременны или кормите грудью? ___ ДА ___ НЕТ
- Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства? ___ ДА ___ НЕТ
Если да, то какие это лекарства (назовите)? _____
- Страдаете ли Вы астмой и принимаете ли ежедневно ингаляционные препараты? ___ ДА ___ НЕТ
- Вводили ли Вам в прошлом в/в (внутривенно) рентгеноконтрастное вещество? ___ ДА ___ НЕТ
Была ли у Вас аллергическая реакция или осложнение в результате этого введения? Если да пожалуйста, опишите:

- Получили ли Вы предварительную медикаментозную подготовку перед сегодняшним КТ-сканированием (компьютерная томография)? ___ ДА ___ НЕТ
Если да, пожалуйста, укажите лекарства и их дозы: _____
- Повышено ли у Вас артериальное давление? ___ ДА ___ НЕТ
- Страдаете ли Вы диабетом? ___ ДА ___ НЕТ
- Принимаете ли Вы лекарственные препараты, содержащие метформин, авандамет, или глюкофаж? ___ ДА ___ НЕТ
- Страдаете ли Вы заболеванием почек? ___ ДА ___ НЕТ
- Находитесь ли Вы на диализе?
Если да, когда Вам назначен очередной диализ? _____ ___ ДА ___ НЕТ
- Был ли Вам когда-либо поставлен диагноз любого из перечисленных ниже заболеваний?
 - ПРОБЛЕМЫ С ЖИДКОСТЬЮ (В ОРГАНИЗМЕ) ___ ДА ___ НЕТ
 - СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ или ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ___ ДА ___ НЕТ
 - СЕРДЕЧНЫЙ ПРИСТУП ___ ДА ___ НЕТ
 - ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ___ ДА ___ НЕТ
(если да, укажите заболевание: _____)
 - АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС ___ ДА ___ НЕТ
 - МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА ___ ДА ___ НЕТ
 - МИАСТЕНИЯ ГРАВИС ___ ДА ___ НЕТ
 - ФЕОХРОМОЦИТОМА ___ ДА ___ НЕТ
 - СЕРПОВИДНОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ ___ ДА ___ НЕТ

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО

Рентгеноконтрастное вещество, содержащее йод

Ваш врач попросил нас выполнить процедуру получения Ваших изображений, включающую инъекцию рентгеноконтрастного вещества.

Рентгеноконтрастное вещество помогает радиологу интерпретировать результаты Вашего обследования. Оно улучшает визуализацию кровеносных сосудов и сосудистых структур, что может сделать некоторые отклонения от нормы более заметными. Контрастное вещество отфильтровывается почками и выводится с мочой.

Использование контрастного вещества сопряжено с определенными рисками. Большинство из этих рисков незначительны, но некоторые могут быть серьезными. Незначительные реакции включают, но не ограничиваются: крапивницей, чиханием, высыпанием на коже или умеренным отеком глаз, носа и/или горла. Серьезные реакции напоминают тяжелую аллергическую реакцию и могут включать в себя отек лица, языка и/или горла, затрудненное дыхание, низкое артериальное давление, а в некоторых редких случаях смерть. У нас в отделении Радиологии большинство из перечисленных реакций можно успешно лечить при помощи лекарств, которые немедленно доступны, как только возникнет необходимость.

Ваш врач и радиолог знают о существовании небольшой вероятности реакции на контрастное вещество, однако, полагают, что польза от обследования такого рода перевешивает упомянутые выше риски.

Я прочитал(-а) изложенную выше информацию, мне сообщили и я понимаю риски, сопряженные с данной процедурой. Я осознаю возможность и принимаю на себя всю ответственность за любую такую реакцию (реакции) и ее (их) последствия. Я даю свое разрешение и согласие на введение рентгеноконтрастного вещества путем внутривенной инъекции. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы.

Имя пациента/опекуна (печатн. букв.)

Свидетель (печатн. букв.)

Дата

Имя пациента/опекуна (подпись)

Свидетель (подпись)

Дата

Переводчик (печатн. букв.)

Переводчик (подпись)

Дата