



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ
SZÍVIZOM SPECT VIZSGÁLATRÓL**

TÁJ/1359

Osztály neve:
Profilvezető:

OEP KÓD:
Tel.:

Betegájékoztató és beleegyező nyilatkozat SPECT vizsgálatba

Beteg neve:
Lakcíme: ,
Anyja neve:

Születési ideje:
TAJ száma:
Törzsszáma:

Az Ön esetében _____ terhelést tervezünk.

NYILATKOZAT

Alulírott írásban is elismerem, hogy a tervezett beavatkozás lényegét megértettem, az esetleges veszélyekről felvilágosítást kaptam és a kérdéseimre adott válaszokat kielégítőnek találom.

Döntésemet minden kényszertől mentesen adom, miután elegendő gondolkodási idő állt rendelkezésemre.

A következő nem kívánt bekezdés áthúzandó!

A fentiek alapján a **beavatkozás elvégzését kérem.**

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A felajánlott beavatkozásba **nem egyezem bele**, felmentve ezáltal az illetékes orvosokat az ebből eredő egészségkárosodásom felelőssége alól.

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Karcag, 20

.....
!OSZTVZSGKEZORVPROP(2);

felvilágosítást végző orvos

Készítette: 

Jóváhagyta: 

Verzió: 01

2010.10.01.

1/2



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
SZÍVIZOM SPECT VIZSGÁLATRÓL

TÁJ/1359

Osztály neve:
Profilverető:

OEP KÓD:
Tel.:

Tájékoztató szívizom SPECT vizsgálatról

A vizsgálat helye: Debrecen Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar
Nukleáris Medicina Központ SPECT Labor

Címe: Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Kérem, a következő dolgokra legyen figyelemmel:

- I. A tervezett vizsgálat előtt **48 órával** ne vegye be a következő gyógyszereket:
 - A. **Béta receptor blokkolók:** Atenobene, Atenolol, Betaloc, Betaloc ZOK, Blokium, Concor, Dilatrend, Huma-Atenolol, Huma-Pindol, Inderal, Lokren, Metohexal, Metoprolol, Propranolol, Ritmetol, Sandonorm, Tenormin, Trasicor, Visken
 - B. **Digitalis készítmények:** Digoxin, Huma-Digoxin, Isolanid
- II. A tervezett vizsgálat előtt **24 órával** ne vegye be a következő gyógyszereket:
 - A. **Tartós hatású nitrát készítmények:** Corvaton, ISDN, ISMN, Iso Mack, Mono Mack, Nitromint, Olicard, Rangin
 - B. **Tapaszok:** Nitroderm TTS, Nitromint, Nitro-Dur
 - C. **A következő tüdőgyógyászati gyógyszereket:** Clonofillin, Diaphyllin, Egifilin Euphyllong, Retafyllin, Theophtard, Theospirex, Teotard
- III. Minden gyógyszerét vigye magával, hogy a vizsgálat befejeztével be tudja venni azokat!
- IV. **Minden kakaót, kávé, teát, kólát, csokoládét tartalmazó étel és ital fogyasztása a vizsgálat előtt 24 órával TILOS!**
- V. A vizsgálat időpontja előtt legalább fél órával érkezzen meg e fenti helyre, az adategyeztetés miatt.
- VI. Hozza magával a beutalót, kórházi zárójelentéseit, előző SPECT vizsgálati eredményeit.
- VII. A vizsgálatot éhgyomorra végezzük, ezért az utolsó étkezés a vizsgálat előtt legalább 8 órával történhet.
- VIII. A vizsgálatra fél-egy liter tejet, vagy egyéb tejterméket (sajt, kefir, túró), valamint 2-3 db zsömlét szíveskedjen magával vinni!
- IX. A vizsgálat több óráig tart, ezért délután fog véget érni.
- X. A vizsgálat eredményéről kezelőorvosa kap értesítést.

Köszönjük együttműködését!