



Specjalistyczny Szpital
Wojewódzki w Ciechanowie

Załącznik Nr 1/9

FORMULARZ ZGODY NA BADANIE RADIOLOGICZNE WYMAGAJĄCE PODANIA ŚRODKÓW KONTRASTOWYCH DO JAM CIAŁA

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Rodzaj badania.....

Jednostka kierująca.....

Badanie, które Państwu proponujemy wymaga Pana/Pani zgody. Aby ułatwić decyzję informujemy w tym formularzu o badaniu i ewentualnych powikłaniach.

Histerosalpingografia (HSG) jest to podstawowe badanie radiologiczne w ginekologii, ma za zadanie wykrycie wad rozwojowych, niedrożności lub zwężenia jajowodów, zmian w obrębie macicy.

Fistulografia jest to badanie polegające na podaniu środków kontrastowych przez cienki cewnik wprowadzony do istniejącej przetoki.

Przygotowanie do badania i jego przeprowadzenie.

HSG – przeciwwskazaniem do przeprowadzenia badania są m.in. ciąża, III/IV° czystości pochwy, uczulenie na jod i środki kontrastowe.

Przed badaniem, na oddziale ginekologii, zakładany jest cewnik do jamy macicy. Następnie już w ZDO, lekarz podaje do cewnika środek kontrastowy i wykonywana jest seria zdjęć rentgenowskich. Podczas podawania środka kontrastowego do jamy macicy pacjentka może odczuwać dyskomfort, niekiedy dolegliwości bólowe.

Fistulografia – badanie nie wymaga specjalnego przygotowania. Cewnik zakładany do przetoki jest cienki a samo badanie nie jest bolesne, niekiedy u pacjenta może występować uczucie dyskomfortu. Po podaniu środka kontrastowego do cewnika wykonywane są zdjęcia rentgenowskie.

Przed rozpoczęciem badania i w jego trakcie, personel pracowni diagnostycznej udzieli informacji jak należy się zachować (ewentualne usunięcie protez zębowych, wyjęcie metalowych przedmiotów, zdjęcie części ubrania, biżuterii).

Możliwe powikłania.

Powikłania po **HSG** występują rzadko. Niemniej absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. W razie pytań z Pani strony, personel pracowni udzieli wszelkich, niezbędnych informacji.

Po badaniu HSG sporadycznie zdarza się zaostrzenie stanu zapalnego narządów rodnych, może dojść do powstania ropnia zatoki Douglasa albo uszkodzenia narządu rodnego (głównie szyjki macicy). Niekiedy zdarza się, przy uszkodzeniu narządu rodnego, że środek kontrastowy przedostanie się do naczyń żylnych i/lub limfatycznych.

Powikłania po **fistulografii** praktycznie nie występują. Ilość podanego środka kontrastowego jest bardzo mała i może jedynie wywołać niewielkie podrażnienie.

Sporadycznie mogą wystąpić inne niewymienione w tym formularzu powikłania.

Aby ograniczyć do minimum możliwość wystąpienia powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

1) Czy miała Pani podawane kiedykolwiek środki kontrastowe?

TAK NIE

2) Jeśli tak, to czy wystąpiły po podaniu środków cieniujących jakiegokolwiek niepokojące objawy?

TAK NIE

3) Jeśli wystąpiły – proszę wymienić jakie

4) Czy występowały u Pani objawy uczulenia na leki?

TAK NIE

Jeśli tak to jakie.....

5) Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?

TAK NIE

6) Czy karmi Pani piersią?

TAK NIE

7) Czy choruje Pani na cukrzycę (TAK, NIE), na choroby nerek (TAK, NIE), na choroby tarczycy (TAK, NIE)?

8) Czy ma Pani dodatkowe pytania?

TAK NIE

Postępowanie po badaniu.

Po przeprowadzonym badaniu cewnik założony do jamy ciała jest usuwany.

Oświadczenie pacjenta.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania HSG / fistulografii. Uzyskałem/łam wystarczające informacje dotyczące proponowanego badania, zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym na badanie w sposób nie budzący żadnych wątpliwości. Zapoznałem/łam się z informacjami zawartymi w tym formularzu. Zostały spełnione wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat proponowanego badania oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania badania albo ewentualnych skutków jego zaniechania. Znane mi są możliwe powikłania.

Wyrażam zgodę na badanie i podanie środka kontrastowego.

.....

data

czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na wykonanie badania.....

Zostałem/łam poinformowana o możliwych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

data

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta

lub opiekuna prawnego