

Csontsűrűség mérő felvételi adatlap

Kérjük, töltse ki az alábbi rövid anamnézis felvevő lapot!

Név.....

Születési hely, idő.....

Anyja neve.....

TAJ szám.....

..... cm

..... kg

Dohányzik?..... IGEN . NEM

Rendszeres alkohol fogyasztás..... IGEN . NEM

Fogamzásgátlót szed?..... IGEN . NEM

Első vérzése.....éves korában volt

Szült?..... IGEN . NEM

Vérzés rendszeres volt? IGEN . NEM

Sportol?..... IGEN . NEM

Rendszertelen vérzés.....éve van.

Fogyaszt-e tejtermékeket?..... IGEN . NEM

Utolsó komplett vérzés.....éve volt.

Szedi-e az a alábbiakban felsorolt gyógyszereket? (Kérjük, karikázza be)

szteroidok

antiepileptikumok

pajzsmirigy hormon

ösztrogén tartalmú szer

tartós heparin vagy véralvadásgátló kezelés

kalcium

citrokalcium

D vitamin

egyéb.....

Kap-e gyógyszeres vagy injekciós kezelést a csontjaira? (Kérjük, karikázza be)

Igen, kérjük, nevezze meg :.....

Nem

Kapott-e 48 órán belül radioaktív anyagot? - Izotópos vizsgálat (Kérjük, karikázza be)

Igen (Kizárva a vizsgálatból)

Nem

Kapott-e 72 órán belül bárium/jódtartalmú kontrasztanyagot? - CT/MRI vizsgálat (Kérjük, karikázza be)

Igen (Kizárva a vizsgálatból)

Nem

Csont anamnézis (Kérjük karikázza be!)

Csontfájdalom..... IGEN . NEM

Csípőjében, combjában, gerincében található-e fém? (pl.: protézis, csavar, lemez)..... IGEN . NEM

Csonttörés spontán..... IGEN . NEM

Csípőtáji csonttörés az Ön szüleinél előfordult-e?..... IGEN . NEM

Endokrin anamnézis (Kérjük karikázza be!)

Pajzsmirigy vagy mellékpajzsmirigy betegsége van-e?..... IGEN . NEM

Van-e endokrinológiai betegsége (pl.: mellékvese, hasnyálmirigy, petefészek, here) IGEN . NEM

CSONTSŰRŰSÉG MÉRÉS VIZSGÁLATI TÁJÉKOZTATÓJA

Kedves Betegünk!

Kezelőorvosa Önt csontsűrűség mérésre küldte intézetünkbe. A csontsűrűség mérésére szolgáló DEXA technika ma a világon a legelterjedtebb és legmegbízhatóbb eljárás. A vizsgálat során két különböző energiájú, irányított röntgensugár halad át a testen, amelynek elnyelődését a vizsgált csont és a környező lágyrész területén egy speciális érzékelő észleli és a mérési adatokat számítógépbe vezeti. A számítógép a mérési adatokat automatikusan értékeli és a normális csontsűrűséghez hasonlítja. A vizsgálat során többnyire két, csonttritkulás esetén leginkább törésnek kitett csontterületen végzünk méréseket. Ezek az ágyéki csigolyák és a combnyak.

Az eljárás minimális sugárterheléssel jár, melynek mértéke évenként ismételt ellenőrző vizsgálatok esetén minimális.

A két testtájékon végzett mérés időtartama kb. 8-12 perc, ez idő alatt Önnek a beállított helyzetben mozdulatlanul kell feküdnie a vizsgáló asztalon. A vizsgálatot a vizsgáló eszköz mozgásának hangja kíséri, ezenkívül Ön semmit nem érez, a vizsgálat teljesen fájdalommentes. A DEXA vizsgálatnak ellenjavallata nincs, de amennyiben Ön valamelyik vagy mindkét csípőízületébe előzőleg protézist helyeztek el, úgy ezt feltétlenül jelezze a vizsgálatot végző asszisztensnek!

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy a csontsűrűség mérés vizsgálatban is az egészségügyi Törvény előírása szerint Önnek bele kell egyeznie. A beleegyező nyilatkozat alább található, amelyek aláírása nélkül a vizsgálatot nem végezhetjük el.

Amennyiben a tájékoztató elolvasása után további kérdései lennének, kérjük, hogy ezeket a vizsgálatot végző asszisztensnek vagy a vizsgálatot irányító szakorvosnak tegye fel.

Ha Önt az írásos tájékoztató és az esetleges kérdéseire kapott válaszok nem elégítik ki és bármi okból a vizsgálat elvégzésébe nem egyezik bele, úgy alá kell írnia azt a nyilatkozatot, hogy a vizsgálat elmaradásából Önt vagy döntésképtelen hozzátartozóját érő következményeket vállalja.

A vizsgálatra érkező tölti ki!

Beleegyező nyilatkozat csontsűrűség mérés elvégzéséhez:

Alulírott.....**hozzájárulok**, hogy kezelőorvosom javaslatára rajtam/döntésképtelen hozzátartozómon csontsűrűség mérést végezzenek. A csontsűrűség mérésére szolgáló vizsgálat lényegéről, a vizsgálat lefolyásáról, előzőleg írásban tájékoztatást, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Esetleges terhességemről tudok/ nem tudok. (A megfelelő választ húzza alá!)

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírás

20.....év.....hónap.....nap

Alulírott.....**nem járulok hozzá**, hogy kezelőorvosom javaslatára rajtam/döntésképtelen hozzátartozómon csontsűrűség mérést végezzenek. A csontsűrűség mérésére szolgáló vizsgálat lényegéről, a vizsgálat lefolyásáról, előzőleg írásban tájékoztatást, kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása.....

20.....év.....hónap.....nap