

**GIẤY GIẢI THÍCH CHỤP CT SCAN / X-QUANG
CÓ SỬ DỤNG THUỐC CẢN QUANG**

Họ tên bệnh nhân: Sinh năm: Nam/Nữ

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Tiền sử dị ứng: Có, Dị nguyên:..... Không Không rõ

Họ tên người nhà:..... là của bệnh nhân.

1. Thuốc cản quang: là chất tiêm/uống/bơm vào cơ thể trong chụp CT Scan, X-Quang nhằm làm rõ tổn thương

RẤT CẦN THIẾT cho chẩn đoán bệnh.

2. Phản ứng phản vệ thuốc cản quang i-ốt có thể xảy ra nhưng hiếm gặp, chỉ khoảng 0.6%. Đa số ở mức độ nhẹ với triệu chứng như: nổi mề đay, ngứa, buồn nôn, nôn. Phản ứng mức độ nặng có thể gây suy hô hấp, suy tuần hoàn, tử vong, nhưng rất hiếm, chỉ < 0,04%. Đa số phản ứng thường xảy ra trong vòng 20 phút sau tiêm thuốc cản quang

3. Cần phải biết là thuốc cản quang được tiêm và theo dõi với sự cẩn thận và chuẩn bị kỹ càng của Bác sĩ, Kỹ thuật viên, Điều dưỡng.

BÁC SĨ GIẢI THÍCH

Sau khi tôi được nghe bác sĩ giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh của tôi/của người nhà tôi, sự cần thiết của việc cản sử dụng thuốc cản quang để chẩn đoán bệnh và nguy cơ có thể xảy ra các phản ứng phụ của thuốc.

Tôi đồng ý chụp phim có thuốc cản quang

Tôi không đồng ý chụp phim có thuốc cản quang.

.....
.....
.....

Khánh Hoà, ngày....tháng....năm.....

BỆNH NHÂN/NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN

Họ và tên:.....

Họ và tên: