

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE WENOGRAFII Z KONTRASTEM

Nazwa placówki: Centrum Medyczne Vita-Medica Sp. z o. o.

### Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: .....

### Lekarz kierujący:

Imię i nazwisko lekarza: .....

Specjalizacja: .....

### Opis procedury:

Wenografia jest badaniem diagnostycznym, polegającym na podaniu środka kontrastowego do naczynia żylnego w celu zobrazowania układu żylnego. Badanie wykonywane jest z użyciem technik obrazowych, takich jak rentgen, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny, co umożliwia dokładną ocenę stanu naczyń żylnych.

### Cel badania:

Celem wykonania wenografii jest ocena drożności żył, wykrycie ewentualnych zakrzepów, malformacji naczyniowych lub innych patologii układu żylnego.

### Możliwe ryzyko i powikłania:

Podobnie jak w przypadku każdej procedury medycznej, wenografia wiąże się z pewnymi ryzykami, w tym:

- Reakcje alergiczne na środek kontrastowy (w rzadkich przypadkach mogą wystąpić reakcje anafilaktyczne),
- Ból lub dyskomfort w miejscu wkłucia,
- Zakażenie w miejscu podania kontrastu,
- Uszkodzenie naczynia,
- Przejściowe nudności, zawroty głowy lub uczucie ciepła po podaniu środka kontrastowego.

## **Przeciwwskazania:**

Wenografia może być przeciwwskazana w przypadku:

- Znanej alergii na środki kontrastowe,
- Ciąży lub karmienia piersią (konieczne jest poinformowanie lekarza o ciąży),
- Ciężkiej niewydolności nerek,
- Ciężkich schorzeń sercowo-naczyniowych.

## **Potwierdzenie zgody:**

Niniejszym oświadczam, że zostałem/zostałam szczegółowo poinformowany/a o celu, przebiegu oraz możliwych powikłaniach związanych z badaniem wenograficznym. Rozumiem ryzyka związane z procedurą i wyrażam świadomą zgodę na jej wykonanie.

Oświadczam również, że miałem/miałam możliwość zadania pytań dotyczących badania i otrzymałem/am na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Data: .....

Podpis pacjenta: .....

Podpis lekarza: .....