



Информация для пациентов: исследование вен с контрастным веществом (рентгеновская флебография)

Phlebographie

Имя пациента: _____

Ваш врач порекомендовал вам рентгеновскую флебографию, потому что есть подозрение на тромбоз (окклюзия вены сгустком крови). Исследование, скорее всего, приведет к исключению или подтверждению подозрения на тромбоз.

Обратите внимание, что мы, врачи-радиологи, не можем дать рекомендации по терапии. Ваш лечащий врач сообщит вам о подходящих методах лечения.

Как проводится рентгеновская флебография?

Сначала врач ставит венозный доступ на вашу ногу. Это означает, что небольшая пластиковая трубка помещается в вену с помощью тонкой иглы. Контрастное вещество вводится через эту маленькую пластиковую трубку.

Укол в вену на ноге не всегда успешен с первого раза, особенно если нога опухшая.

Во время обследования резиновая трубка обвивается вокруг нижней части ноги, чтобы предотвратить слишком быстрого слива контрастного вещества. Рентгеновские снимки делаются от нижней ноги до бедра.

При введении контрастного вещества вы можете чувствовать давление в ногах и колени. Оно спадает сразу после снятия резинового шланга на нижней части ноги.

Возможны ли осложнения во время рентгена?

Только в **исключительных случаях**.

Радиационное облучение нашего современного рентгеновского устройства низкое. Мы являемся врачами с опытом радиационной защиты, и вы можете быть уверены, что мы тщательно изучим необходимость вашего обследования.

Существуют ли альтернативные методы обследования?

Тромбоз также можно диагностировать с помощью ультразвука. Ультразвуковое исследование и рентгенологическое флебография очень хорошо дополняют друг друга.

Какие осложнения возможны при использовании контрастного вещества?

Тяжелые, угрожающие жизни реакции встречаются чрезвычайно редко. Внутривенная инъекция может очень редко вызывать кровоподтеки, воспаление или инфекцию. Если есть паразит, т.е. контрастное вещество не проникает в кровеносный сосуд (вену), а попадает в окружающую ткань, как правило, серьезных осложнений ожидать не приходится.

Контрастное вещество (и возможно дополнительные лекарства) могут вызвать реакции непереносимости и аллергические реакции. В целом они очень редки, и в большинстве случаев реакции мягкие (напр: сыпь, тошнота). Контрастные препараты не следует вводить, если известна аллергия на йод.

Существующее нарушение функции почек (так называемая почечная недостаточность) может ухудшиться после введения контрастных веществ или даже может дойти до отказа почек. Если у вас почечная недостаточность или имеются показания, контрастное вещество использоваться не будет.

Контрастные препараты на основе йода могут вызывать гипертиреоз при определенных предрасположениях. Симптомы, например, Сердцебиение, нервозность и повышенное потоотделение. Пожалуйста, немедленно свяжитесь с врачом, если у вас возникли эти симптомы.

Пожалуйста пейте много (воду, чай) в первые 24 часа после обследования.

Дополнительная информация для женщин

Дайте нам знать, если вы беременны или подозреваете беременность. **Рентгеновскую флебографию нельзя проводить во время беременности.** Перерыв кормления груди после контрастного вещества не является необходимым.

Отказ от обследования или контрастного вещества

Если вы откажетесь от КТ или контрастного вещества, у вас могут возникнуть проблемы со здоровьем. Терапия / операции могут быть невозможны или могут быть отложены.

Защита данных и конфиденциальность

В соответствии с медицинским профессиональным кодексом и законодательством (SGB V), мы обязаны сообщать о результатах обследования вашему направляющему врачу. Все внешние поставщики услуг, которые вступают в контакт с данными пациентов, также подлежат конфиденциальности.

Предоставленная информация мне ясна:

Дата

Подпись

Der Patient ist mit der Kontrastmittelgabe einverstanden und hat keine weiteren Fragen.

Unterschrift des **Arztes**:



Информация для пациентов: исследование вен с контрастным веществом
(рентгеновская флебография)

Phlebographie

Предыдущие рентген / КТ-обследования?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, что, когда, где?
Вес: кг Рост: см	
Предыдущие ядерные обследование (напр: сцинтиграфия щитовидной железы, костного аппарата, почек)?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, что, когда, где?
Предыдущие радиотерапия злокачественной или доброкачественной опухоли?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, что, когда, где?
Были или есть ли у вас инфекционные заболевания напр: ВИЧ/СПИД, гепатит, туберкулез?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, что и когда?
Были ли вы раньше на обследованной области тела оперированы?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, что?
Есть ли у вас аллергия на контрастные вещества, йод или другие? Напр: лекарство, латекс, дезинфицирующие средства, анестезирующие средства, пластырь?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, какие?
Есть ли у вас астма?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/>
Вы в настоящее время принимаете обезболивающие таблетки как Voltaren® , дикло, диклофенак, ибу , ибупрофен?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, какие?
Есть ли у вас заболевания почек или почечная недостаточность?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, какие?
Проводилась ли у вас пересадка почек?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/>
Болеете ли вы гипертиреозом или другим заболеванием щитовидной железы (напр: Тиреоидит-Хасимото, грейвса - базедова)?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/> Если да, какие?
Болеете ли вы сахарным диабетом?	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/>
Имя и адрес семейного врача (если не направляющий врач):	
Для женщин: Вы беременны или подозреваете беременность? Рентгеновские лучи могут повредить будущему ребенку.	Да: <input type="checkbox"/> Нет: <input type="checkbox"/>

■ **Согласие:**

Я согласен(а) с проведением рентгенологического обследования и введения контрастного вещества:



Да:

Нет:

Я согласен(а) с отправкой результатов обследований к направляющему и к семейному врачу:



Да:

Нет:

Вы можете в любое время это согласие в письменном виде отменить.



Дата

Подпись

Rechtfertigende Indikation gestellt.

Unterschrift des **Arztes:**

Erst.Hr. Engel /Freigabe: QMB/Rev.02/28.02.2020