

## KEIZINAN - PROSEDUR RADIOLOGI YANG MEMERLUKAN SUNTIKAN MEDIA KONTRAS

### MAKLUMAT PESAKIT

**Nama** ..... **Tarikh** .....  
**No. IC** ..... **Wad / Klinik** .....  
**Alamat** ..... **Prosedur Radiologi** .....  
 .....

### A) Prosedur

Keadaan anda memerlukan prosedur radiologi ini dengan menggunakan suntikan media kontras. Media kontras ini selalunya di suntik ke vena menggunakan jarum yang kecil. Ini akan membolehkan organ badan anda dilihat dengan lebih jelas untuk membantu doktor dalam pengurusan rawatan anda.

### B) Kesesuaian Untuk Suntikan Media Kontras

Sila jawab soalan-soalan berikut untuk membantu kami membuat keputusan sama ada anda mempunyai risiko reaksi terhadap media kontras yang tinggi. Adakah anda dalam kategori berikut (sila tandakan) :

- a. Sejarah reaksi terhadap media kontras
- b. Sejarah alahan terhadap ubat-ubatan / makanan
- c. Sakit asma / *Hay fever* / *atopy* / alahan resdung / *rhinitis*
- d. Penyakit ginjal
- e. Penyakit jantung

| Ya | Tidak |
|----|-------|
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |

Pesakit dalam kumpulan **a-c** memerlukan pra-medikasi steroid. *Tab Prednisolone 40mg 12 jam dan 2 jam sebelum prosedur* (Dos dewasa yang dinyatakan, Dos kanak-kanak perlu dikira mengikut berat badan unggul).

### C) Risiko dan Komplikasi Prosedur

Terdapat sedikit risiko / komplikasi apabila menggunakan suntikan media kontras termasuklah:

- a) Rasa kurang menyenangkan pada lidah, rasa loya dan panas badan yang sepatutnya hilang setelah beberapa minit suntikan dilakukan.
- b) Reaksi sederhana seperti gatal-gatal, bersin, ruam badan, muntah dan kecederaan pada vena / tisu badan yang disebabkan kontras media bocor keluar dari vena. (Risiko kejadian <5% atau 5 dari 100 pesakit).
- c) Risiko kemerosotan buah pinggang boleh terjadi terutama kepada pesakit yang telah mempunyai kegagalan buah pinggang.
- d) Amat jarang sekali reaksi yang lebih serius seperti kesesakan pernafasan, renjatan dan sakit jantung. (Risiko kejadian ~0.01 % atau 1 dalam 10,000 pesakit).
- e) Doktor dan peralatan kecemasan sentiasa tersedia untuk memberikan rawatan segera. Walau bagaimanapun kematian boleh berlaku tetapi amat jarang sekali. (Risiko kejadian 0.0005% atau 1 dalam 200,000 pesakit).
- f) *Nephrogenic systemic fibrosis*, satu keadaan penyakit yang memberi kesan kepada kulit, tisu *subcutaneous* otot dan kadang-kadang sebahagian organ boleh menyebabkan kesukaran pergerakan sendi. Ini mungkin berlaku kepada 1-7 % pesakit yang mempunyai kegagalan buah pinggang akut atau kecederaan buah pinggang apabila menerima suntikan media kontras MRI yang berasaskan gadolinium.
- g) Doktor telah menimbangkan risiko-risiko ini dan berpendapat kebaikan yang akan diperolehi dari prosedur ini melebihi risiko yang dihadapi.

**PENGAKUAN OLEH PESAKIT / PENJAGA / WARIS**

- Saya mengaku bahawasanya, keperluan menjalani prosedur ini telah diterangkan kepada saya dengan jelas.
- Saya mengaku bahawasanya, kemungkinan risiko prosedur ini telah diterangkan kepada saya dan saya bersetuju menjalani prosedur ini.

Tandatangan .....

No. IC .....

Nama .....

Hubungan .....

Tarikh .....

(jika kebenaran diberikan oleh penjaga / waris)

**PENGAKUAN OLEH DOKTOR YANG MERAWAT / MEMOHON**

Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada \* pesakit / suami / ibubapa / penjaga tentang keadaan kesihatan pesakit dan keperluan dan risiko pemeriksaan radiologi ini kepada pesakit. Pada pendapat saya beliau telah faham dengan penerangan tersebut.

Tandatangan .....

Tarikh .....

Cop Rasmi

**PENGAKUAN OLEH DOKTOR RADIOLOGI**

Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada \* pesakit / suami / ibubapa / penjaga tentang kebaikan, kesan dan risiko pemeriksaan radiologi ini kepada pesakit. Pada pendapat saya beliau telah faham dengan penerangan tersebut.

Tandatangan .....

Tarikh .....

Cop Rasmi

**PENGAKUAN OLEH PESAKIT / PENJAGA / WARIS**

- Saya mengaku bahawasanya, keperluan menjalani prosedur ini telah diterangkan kepada saya dengan jelas.
- Saya mengaku bahawasanya, kemungkinan risiko prosedur ini telah diterangkan kepada saya dan saya bersetuju menjalani prosedur ini.

Tandatangan .....

No. IC .....

Nama .....

Hubungan .....

Tarikh .....

(jika kebenaran diberikan oleh penjaga / waris)