

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Tomografia komputerowa jest badaniem obrazowym uwidaczniającym warstwowo ciało ludzkie wykorzystującym do tego celu promieniowanie jonizujące. Powstający obraz jest wynikiem działania programu komputerowego, który mierzy stopień pochłaniania promieni przez tkanki o różnej gęstości. W trakcie badania z dożylnym podaniem środka cieniującego pielęgniarka podaje pacjentowi kontrast, który pozwala dokładniej ocenić badaną okolicę.

I. DANE PACJENTA

Nazwisko, imię Data badania.....
WAGA..... WZROST.....
PESEL:

II. KWESTIONARIUSZ do wypełnienia przed skierowaniem na badanie w celu zmniejszenia ryzyka powikłań.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Czy występują u Pani/Pana:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - reakcja na kontrast w innym badaniu | ☐ tak | ☐ nie |
| - niewydolność nerek | ☐ tak | ☐ nie |
| - choroby tarczycy (nadczynność) | ☐ tak | ☐ nie |
| - szpiczak mnogi | ☐ tak | ☐ nie |
| - niewydolność układu oddechowego | ☐ tak | ☐ nie |
| - astma | ☐ tak | ☐ nie |
| - cukrzyca | ☐ tak | ☐ nie |
| - alergia | ☐ tak | ☐ nie |
| - inne choroby przewlekłe (jakie?) | ☐ tak | ☐ nie |
| | | |
| - czy przyjmuje Pan/ Pani leki? | ☐ tak | ☐ nie |
| | | |
| - przebyte operacje (jakie i kiedy) | ☐ tak | ☐ nie |
| | | |
| - czy posiada Pan/Pani dokumentację medyczną z przebytego leczenia? | ☐ tak | ☐ nie |
| - ciąża / karmię piersią | ☐ tak | ☐ nie |

**W PRZYPADKU ISTNIENIA PRZECIWWSKAZAŃ I KONIECZNOŚCI PODANIA ŚRODKA CIENIUJĄCEGO
PROSZĘ DOŁĄCZYĆ OPINIĘ ODPOWIEDNIEGO SPECJALISTY!**

III. PRZYGOTOWANIE chorego do badania:

1. Chory przed badaniem powinien przynajmniej przez 4 godziny pozostać na czczo.
2. Muszą upłynąć 3 doby od ostatniego badania kontrastowego przewodu pokarmowego.
3. Na badanie pacjent zgłasza się z **wynikiem poziomu kreatyniny oraz z wynikami badań dodatkowych**, w tym poprzednich badań RTG; TK; Angiografii; MR i USG.

IV. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na badanie metodą Tomografii Komputerowej

☐ tak

☐ nie

Wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego

☐ tak

☐ nie

Oświadczam że miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania ,związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań ,a także że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym ,oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji.

.....
Data i podpis pacjenta