

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

NAZWISKO:														
IMIĘ:														
NR PESEL:														
DATA URODZENIA:														
NR TELEFONU:														
ADRES E-MAIL:														
WAGA CIAŁA [kg]:						WZROST [cm]:								
BADANA OKOLICA:														
CEL BADANIA:														
DOSTARCZONO WYNIK BADANIA POZIOMU KREATYNINY:							tutaj wpisać poziom							
DOSTARCZONO WYNIK BADANIA POZIOMU TSH: (W PRZYPADKU OSÓB ZE STWIERDZONYMI SCHOROZENIAMI TARCZYCY)							tutaj wpisać poziom							
KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM TK			TAK	NIE	NIE WIEM									
	Czy jest Pani w ciąży? (zaznaczyć „NIE” jeśli nie dotyczy)													
	Jeśli tak, proszę wskazać stopień jej zaawansowania (np. w trymestrach)													
	Czy jest Pan/i uczulony/a na jod?													
	Czy choruje Pan/i na choroby tarczycy?													
	Jeśli tak, to jakie?													
	Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową?													
	Czy występują u Pana/i uczulenia lub alergie?													
	Jeśli tak, to jakie? Jakim lekiem jest Pan/i leczony/a?													
	Czy choruje Pan/i na ostrą/przewlekłą niewydolność nerek/inne choroby nerek?													
	Jeśli tak, to jakie?													
	Czy choruje Pan/i na cukrzycę?													
	Jeśli tak, to czy przyjmuje Pan/i metforminę lub inne leki? Jakie?													
	Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan/i leczony/a?													
	Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze?													
	Czy w przeszłości wykonywano u Pana/i badanie TK lub RM z podaniem kontrastu?													
	Czy po podaniu środka kontrastowego użytego w czasie badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe? (zaznaczyć „NIE” jeśli nie dotyczy)													
	Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pan/i reakcje alergiczne?													
Jeśli tak, to jakie?														

Świadomie wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie badania tomografii komputerowej

[TAK] [NIE]

Podanie jodowego środka kontrastowego do badania tomografii komputerowej

[TAK] [NIE]

.....
Data i podpis pacjenta

Pacjent oświadcza, że jeżeli do wykonania usługi nie dojdzie z przyczyn leżących po stronie pacjenta (np. poruszenie się w trakcie badania, przerwanie badania przez pacjenta) pacjentowi nie przysługuje roszczenie o zwrot ceny badania.

.....
Data i podpis pacjenta

PACJENCIE! Badanie tomografii komputerowej wykonuje się przy pomocy promieniowania rentgenowskiego i jest ono obarczone ryzykiem związanym z jego działaniem oraz możliwością niepożądanego działania środków kontrastowych. Badanie może być wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza – skierowanie powinno zawierać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wykonania procedury.

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA?

Przeczytaj odpowiednią ulotkę lub wejdź na stronę www.cdo.dolmed.pl

PRZECIWWSKAZANIA I WĄTPLIWOŚCI:

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania jest ciąża.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do podania jodowego środka kontrastowego jest brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na jod (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu Pracowni).

Przeciwwskazaniem względnym może być uczulenie na leki, środki kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, choroby tarczycy, zażywanie leków z grupy β -blokerów, grupy biguanidów, Interleukiny 2 / Interferonu.

Wszystkie występujące przeciwwskazania należy zgłosić personelowi medycznemu Pracowni przed wykonaniem badania. W przypadku wątpliwości, należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym Pracowni. O podaniu kontrastu ostatecznie decyduje lekarz radiolog. W przypadku zażywania leków METFORMIN (METFORMAX, SIOFOR, GLUCOPHAGE, FORMETIC, METRAL, METIFOR, GLUFORMIN) należy skonsultować się z lekarzem specjalistą. Pozostałe stałe leki powinny być przyjmowane bez zmian. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem kierującym na badanie.

POWIKŁANIA:

W przypadku dożylnego podania kontrastu reakcje niepożądane ze strony organizmu mogą wystąpić w ciągu kilkunastu minut, sporadycznie obserwuje się je dopiero po upływie 24-48 godzin. Najczęściej mają one lekki charakter i ustępują samoistnie lub wymagają co najwyżej leczenia objawowego. Dolegliwości o nasileniu umiarkowanym zdarzają się o wiele rzadziej, natomiast ciężkie, nawet zagrażające życiu dotyczą zaledwie 0,1-0,2% pacjentów, którym podano kontrast (warto wiedzieć, że jest to liczba ok. 10 razy wyższa, niż w przypadku kontrastów stosowanych w badaniach rezonansem magnetycznym).

Możliwe efekty niepożądane występujące po dożylnym podaniu środków cieniujących w badaniach TK to bóle i zawroty głowy, niepokój, nudności. Występują one z reguły u osób ze skłonnościami do alergii (zwłaszcza u tych, u których wystąpiła wcześniej reakcja uczuleniowa na środki cieniujące używane w badaniach TK). Istnieje duże ryzyko wystąpienia reakcji w formie pokrzywki, świądu, rumienia, uczucia ciepła lub bólu w miejscu podania, uczucia gorąca. Możliwe są również reakcje silniejsze, jak nasilona pokrzywka, łagodny skurcz oskrzeli, obrzęk krtani lub twarzy, ból w miejscu podania, uczucie osłabienia. W najcięższych przypadkach może dojść do gwałtownych wymiotów, wstrząsu anafilaktycznego, drgawek, kołatania serca a nawet zatrzymania oddechu lub akcji serca. Doustne lub doodbytnicze podanie kontrastu (czasem stosowane w badaniach przełyku lub narządów jamy brzusznej) może spowodować reakcję w postaci mdłości, wymiotów lub biegunki, która ustępuje po wydaleniu środka cieniującego z organizmu. Zdarza się również, że kontrast spowalnia pracę jelit, należy wówczas spożyć większą ilość płynów. Jeśli pacjent cierpi na zapalenie jelit, może nastąpić zaostrzenie choroby, w przypadku perforacji przewodu pokarmowego należy zupełnie zrezygnować z podania kontrastu tą drogą. Dla bezpieczeństwa pacjentów zalecamy pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z podaniem kontrastu przez okres 30 minut. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie szczegóły dotyczące badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego. Mam świadomość możliwych do wystąpienia powikłań związanych z badaniem tomografii komputerowej, skutków ubocznych działania promieniowania rentgenowskiego oraz powikłań po podaniu jodowego środka kontrastowego. Mam również świadomość ograniczonej wartości diagnostycznej badania tomografii komputerowej w przypadku niewyrażenia przeze mnie zgody na badanie z podaniem jodowego środka kontrastowego. Oświadczam, iż umożliwiono mi wyjaśnienie w sposób nieskrępowany moich wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny rozumiem i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że nie zatałem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Oświadczam, że dostarczyłem/łam dokumentację medyczną:

☐ opis/konsultacje

☐ CD szt.

☐ Brak dokumentacji

☐ Inne

.....
Data i podpis pacjenta

DATA	PODPIS LEKARZA
PODPIS PIELĘGNIARKI	PODPIS TECHNIKA
UWAGI	

