MOJA DIAGNOZA

Zgoda Pacjenta na badanie Tomografii Komputerowej (TK) z kontrastem

I. INFORMACJE O PACJENCIE

……
Imię i nazwisko Pacjenta

……
Numer telefonu
(podanie jest dobrowolne, jednak konieczne do odebrania wyników on-line)

……
Data urodzenia

……
PESEL

……
Adres zamieszkania

……
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

II. DOLEGLIWOŚCI ORAZ OKOLICA CIAŁA PODDANA BADANIU TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM

……
……
……

III. PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY

Waga/wzrost	**…… kg / …… cm**
Dane dotyczące badanej okolicy	
Czy kiedykolwiek wystąpił uraz badanej okolicy? Kiedy?	
Czy przebył/a Pan/Pani operację badanej okolicy? Kiedy?	
Czy ból promieniuje? Gdzie?	
W jakich sytuacjach pojawia się ból? (zginanie, chodzenie, ucisk itp.)	
Od jak dawna występują objawy?	
Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie obrazowe badanej okolicy? Jak tak to JAKIE? KIEDY? *Koniecznie jest ich dostarczenie	
Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę przewlekłą? (astma, niewydolność nerek, cukrzyca, nadciśnienie, itp.)	
Czy przechodził Pan/Pani chorobę nowotworową? Kiedy? Jakiej części ciała?	

Czy zdiagnozowano u Pani / Pana?	TAK	NIE
Cukrzycę? UWAGA! Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem I 24 godziny po badaniu TK z użyciem donaczyniowym jodowych środków cieniujących.		
Choroby nerek?		
Nadciśnienie tętnicze?		
Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, wole Hashimoto), jakie?		
Astmę oskrzelową?		
Choroby serca?		
Czy występują u Pana/Pani jakiekolwiek uczulenia, alergie, jakie?		
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiekolwiek leki, jakie?		
Choroby neurologiczne (padaczkę, drgawki)?		
Szpiczaka mnogiego?		

*w przypadku nie dostarczenia wcześniejszej dokumentacji medycznej z wykonywanych badań obrazowych, laboratoryjnych, wypisów ze szpitala - wynik opisu badania wydłuża się - koniecznie podpisanie dodatkowego oświadczenia o braku dokumentacji

Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią - wypełnia kobieta	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania TK	**TAK**	**NIE**
Czy miał/-a Pan/-i badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)		
Czy po podaniu środka kontrastującego wystąpiły powikłania? Jeśli tak, to jakie? ……		
Czy były u Pani/Pana wykonywane zabiegi chirurgiczne okolicy badanej? Jeśli tak, to jakie? ……		
Czy posiada Pani/Pan jakiekolwiek elementy metalowe w ciele?		
Świadomie wyrażam zgodę na:	**TAK**	**NIE**
Badanie metodą tomografii komputerowej		
Dożylne podanie środka kontrastowego		
Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób oraz przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.		
Oświadczam, że przez ostatnie 6 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.		

IV.INFORMACJA O BADANIU

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.

W przypadku podania dożylnego kontrastu mogą wystąpić działania niepożądane. Do takiego badania pacjent powinien być nawodniony, tzn. dzień przed oraz w dniu badania należy wypić dodatkowo ok. 1,5 litrów płynów niegazowanych. Na 6 godzin przed badaniem nie należy spożywać pokarmów. Po podaniu dożylnego środka kontrastowego może pojawić się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, zaczerwienienie twarzy. W przypadku niepokojących odczuć należy powiadomić o tym personel medyczny.

W przypadku karmienia piersią należy wstrzymać się od karmienia przez 24 godziny.

Do badania jamy brzusznej i miednicy małej może być konieczne podanie rozcieńczonego środka kontrastowego doustnie. Po jego szybkim podaniu doustnym może wystąpić biegunka. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

Przeciwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania jest ciąża.

Przeciwskazaniem bezwzględnym do podania jodowego środka kontrastowego jest:
brak pisemnej, świadomej zgody na jego wykonanie, ostre wole toksyczne tarczycy.

Przeciwskazaniem 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 B-blokerów, grupy biguanidów, interleukiny 2, interferonu.

Możliwe powikłania po wprowadzeniu kontrastu do krwi pojawiają się rzadko. Objawy mogące świadczyć o uczuleniu na środek kontrastowy: zaczerwienienie skóry, pokrzywka, nudności, wymioty, spadek ciśnienia krwi, przyspieszony rytm serca, skurcz oskrzeli z dusznością. Niezwykle rzadko występuje: zatrzymanie oddechu i pracy serca, zanik ciśnienia krwi z możliwością zgonu badanego pacjenta.

Przed wykonaniem badania z podaniem środka cieniującego niezbędne jest oznaczenie poziomu kreatyniny, przesączania nerkowego (e-GFR), oraz wywiad i kwalifikacja do badania. O podaniu środka kontrastowego ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

W przypadku wątpliwości, należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym pracowni.

V.INFORMACJA O ODBIORZE WYNIKÓW

Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie dostępny do pobrania z naszej strony internetowej www.mojadiagnoza.com.pl
Niezbędne do pobrania wyników jest podanie na ankiecie numeru telefonu. Na podany numer pacjentotrzyma hasło do logowania.

VI.Potwierdzam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w dokumencie Zgody Pacjenta na badanie oraz przekazałem Pacjentowi informacje o badaniu Tomografem Komputerowym, o tym czy istnieje konieczność podania środka kontrastowego, a w przypadku konieczności jego podania, o przeciwwskazaniach do jego podania jak i o możliwościach wystąpienia reakcji ubocznych.

……

Podpis lekarza nadzorującego badanie

VII. KONTRAST

Poziom kreatyniny ……..

Rodzaj i ilość podanego kontrastu ……..

……
Podpis Pielęgniarki

Uwagi technika wykonującego badanie:

…….
Data i podpis elektroradiologa

…….
Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnegolub przedstawiciela ustawowego (w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)