



Formularz świadomej zgody na badanie tomografii komputerowej

Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej
SPSK 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8
tel. 81 72-44-226 lub 81 72-44-227
R E G O N 0 0 0 2 8 8 7 5 1
kod resort. (cz. I/V/VII/VIII) – 000000018592/01/210/7200

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Data ur.:

CHARAKTERYSTYKA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ - informacja dla pacjenta

1. Tomografia komputerowa jest wysokospecjalistycznym badaniem radiologicznym, w którym wykorzystuje się promieniowanie rentgenowskie.
2. Działania niepożądane, związane ze stosowaniem środków kontrastowych zawierających jod i podawanych donaczyniowo, są zwykle łagodne, umiarkowanie nasilone i przemijające (np. nudności i wymioty, wysypka).
3. Objawy niepożądane po podaniu, stosowanych w Zakładzie niejonowych środków kontrastowych, występują rzadziej niż po podaniu środków jonowych.
Głównymi przeciwwskazaniami do podania środka kontrastowego są: nadczynność tarczycy, niewydolność nerek i alerggia.
4. Przed dostarczeniem skierowania pacjent, samodzielnie bądź z lekarzem kierującym, powinien wypełnić poniższy kwestionariusz ANKIETY DIAGNOSTYCZNEJ.
5. Jeżeli pacjent badany w trybie ambulatoryjnym nie zamierza odebrać wyniku osobiście, powinien wypełnić upoważnienie. Druk upoważnienia dostępny jest w Rejestracji Tomografii Komputerowej.
6. Przed planowanym badaniem TK z podaniem środka kontrastowego pacjent powinien być na czczo, tj. 6 godzin przed badaniem bez posiłków i płynów – za wyjątkiem wody niegazowanej.

ANKIETA DIAGNOSTYCZNA DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Uprzejmię prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedzi "TAK" lub "NIE". Jeżeli na któreś z pytań odpowiedź brzmi "TAK", prosimy podkreślić lub dopisać właściwe informacje.

Wszystkie dane zamieszczone w tym kwestionariuszu objęte są tajemnicą i ochroną zgodnie z obowiązującym prawem.

1. Czy choruje Pani/Pan na którąś z chorób układu krążenia? Tak Nie
(choroba wieńcowa, przebyty zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie)
2. Czy chorowała/chorował lub obecnie choruje Pani/Pan na choroby płuc? Tak Nie
(zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, astma, gruźlica)
3. Czy u Pani/Pana występowały uczulenia? Tak Nie
(leki, jod, plaster, pokarmy, pyłki roślin, zwierzęta, inne substancje chemiczne)
4. Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek? Tak Nie
5. Czy występuje u Pani/Pana niedoczynność/nadczynność tarczycy? Tak Nie
6. Czy choruje Pani/Pan na inne, niewymienione choroby (np. cukrzyca)? Jeśli tak, to jakie? Tak Nie
-
7. Czy podawano Pani/Panu w przeszłości środki kontrastowe w trakcie badań? Tak Nie
8. Jeśli podawano środki kontrastowe, to czy po ich podaniu wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? Tak Nie
9. Czy przyjmowała/przyjmował Pani/Pan lub przyjmuje obecnie jakieś leki? Tak Nie
(np. przeciwcukrzycowe lub przeciwkrzepliwe)
10. Czy podejrzewa Pani możliwość ciąży? (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym) Tak Nie
(badanie kobiety w ciąży może być wykonane tylko w warunkach klinicznych, po wykorzystaniu innych metod, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia - po uzgodnieniu z lekarzem w pracowni TK).
11. Wyrażam zgodę na wykonanie zleconego badania tomografii komputerowej. Tak Nie
12. Wyrażam zgodę na podanie dożylnie środka cieniującego w trakcie badania tomografii komputerowej.* Tak Nie

Miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, zostałem(am) poinformowany o: charakterze, celu badania diagnostycznego, o związanym z nim ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań. Uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu. Oświadczam również, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków będąc świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zleconego badania tomografii komputerowej oraz podanie dożylnie środka cieniującego.

.....
Pieczętka i podpis lekarza przyjmującego oświadczenie

.....
Data

.....
Podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

* należy wypełnić w przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” w punkcie 11.