



ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Imię i Nazwisko..... PESEL/data urodzenia.....
Data badania..... Numer Telefonu..... Waga.....

BADANIE TK: Badanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie i powoduje napromieniowanie Pacjenta w czasie badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe – jeżeli było wcześniej wykonywane badanie z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był leczony napromieniowaniem – należy ten fakt zaznaczyć w Karcie Pacjenta z podaniem kiedy się ono odbyło.

Pacjentko! Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania tomografii komputerowej jest ciąża.

Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy jest Pan(i) uczulony(a) na jod?		
Czy miał(a) Pan(i) badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa)?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie?		
Czy jest Pan(i) uczulony(a) (leki, pokarmy, substancje chemiczne)? Jeśli tak, to na jakie?		
Czy choruje Pan(i) na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan(i) leczony(a)?		
Czy rozpoznano u Pan(a/i) niewydolność nerek?		
Czy choruje Pan(i) na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to na jaką?		
Czy ma Pan(i) nadczynność/niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan(i) leczony(a) i jakim lekiem?		
Czy choruje Pan(i) na serce? Proszę zaznaczyć właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca.		
Czy choruje Pan(i) na cukrzycę? 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!		
Czy choruje Pan(i) na szpiczaka mnogiego?		
Czy choruje Pan(i) na dnę moczaniową?		
Czy choruje Pan(i) na nużliwość mięśni (miasthenia gravis)?		
Czy choruje Pan(i) na choroby z autoagresji? (RZS, toczeń, łuszczycę)		
Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
Czy przyjmuje Pan(i) leki? (niesterydowe leki przeciwzapalne, neuroleptyki, leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, pochodne fenotiazyny, leki przeciwdepresyjne)		
Czy poinformowano Pana/Panią o możliwości podania kontrastu?		

Ja niżej podpisany(a) wyrażam świadomą zgodę na badanie diagnostyczne za pomocą tomografii komputerowej z użyciem promieniowania jonizującego (rentgenowskiego) wiedząc, że narażenie nie jest obojętne dla organizmu i może wywoływać skutki negatywne dla zdrowia.

- Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekarsztwach.
- Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałem(am) pokarmów. Pacjenci powinni przed badaniem mieć nieograniczony dostęp do płynów obojętnych (woda niegazowana).

Miałem(am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Data i podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego

W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć: RODZAJ i ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI
BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)

CD.....	Klische.....	Dokumentacja papierowa.....
---------	--------------	-----------------------------

Zostałem(am) poinformowany(a) o ew. kosztach związanych z badaniem i zobowiązuje się do ich pokrycia. Całkowity koszt ok.	TAK	NIE DOTYCZY
--	-----	-------------

Czy wyraża Pan(i) zgodę na przesłanie SMS na wskazany numer telefonu z informacją o gotowym opisie badania	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
--	-----	-----	-------------

(W przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

.....
 Data i podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego