Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Tomografii Komputerowej
ul. Zwycięstwa 1, 66-100 Sulechów
tel. 797 606 213, fax. 68 385 22 19

Nazwisko i Imię.....
PESEL

Waga.....kg Wzrost.....cm

Szanowny Pacjencie

Pana/Pani lekarz zdecydował o konieczności wykonania badania tomografii komputerowej (TK) z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego. Celem podania środka kontrastowego jest poprawa obrazu badania TK. Niejednokrotnie postawienie prawidłowej diagnozy zależy właśnie od jego podania, a zaniechanie tej czynności znacznie obniża wartość takiego badania.

W większości przypadków podanie środka kontrastowego nie wywołuje reakcji niepożądanych. Najczęstszymi objawami, które nie powinny budzić niepokoju, jest uczucie ciepła lub metaliczny/słodki posmak w ustach podczas wstrzykiwania środka kontrastowego, które mija po zaprzestaniu podawania. Rzadko, w kilka sekund do kilku, kilkunastu minut, po podaniu jodowego środka kontrastowego mogą wystąpić objawy nadwrażliwości takie jak: ***wysypka skórna, swędzenie skóry, nudności i wymioty, zawroty głowy.*** Sporadycznie mogą wystąpić poważne objawy nadwrażliwości w postaci reakcji anafilaktycznej. Zespół medyczny z Zakładu Diagnostyki Obrazowej jest przygotowany na wystąpienie takich objawów i potrafi im skutecznie przeciwdziałać.

Istnieje pewna grupa osób, u których reakcje niepożądane po podaniu jodowego środka kontrastowego występują częściej. Dlatego bardzo ważnym jest podanie odpowiedzi na kilka poniższych pytań zgodnie z najlepszą Państwa wiedzą. Prosimy **zakreślić w kółku** odpowiedź **TAK** lub **NIE**, a jeśli nie mają Państwo pewności lub nie rozumieją pytania prosimy o zaznaczenie odpowiedzi **NIE WIEM**.

1. Czy kiedykolwiek było wykonywane badanie radiologiczne (np. TK, urografia) z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego?*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
2. Jeśli TAK to czy wystąpiła reakcja niepożądana na podany środek kontrastowy (objawy jak wyżej wymienione lub inne)?*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
3. Czy leczą się państwo przewlekle na: a. choroby tarczycy (pacjenci z NADCZYNNOŚCIĄ zgłaszają się do badania z aktualnym, nie starszym niż 7 dni, badaniem poziomu TSH)*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
b. nadciśnienie tętnicze, ciężką niewydolność serca*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
c. cukrzycę*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
d. niewydolność nerek (bezwzględnie wymagane aktualne badanie poziomu kreatyniny z oznaczeniem eGFR nie starsze niż 7 dni)*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
e. astmę oskrzelową, alergię, katar sienny*	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
4. Czy występuje u państwa alergia na pokarm, leki, substancje?* Jeśli tak, to proszę wymienić, jakie:	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
5. Czy zostały u państwa przeprowadzone jakieś zabiegi operacyjne?* Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie i kiedy:	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**

U większości pacjentów z wyżej wymienionymi dolegliwościami można stosować dożylne jodowe środki kontrastowe, lecz wymagana jest dodatkowa indywidualna kwalifikacja przez lekarza oraz zastosowanie dodatkowych środków ostrożności.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z PODANIEM DOŻYLNEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO:

- Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku grożących mi w związku z tym powikłań, a w przypadku ich wystąpienia przyjmuję do wiadomości konieczność dalszego postępowania medycznego (infuzje, iniekcje) w czasie i po badaniu.
- Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.
- Przekazana mi informacja jest dla mnie w pełni zrozumiała.
- Oświadczam, iż umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących niniejszego badania oraz tego dokumentu. Otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie moje pytania.
- Wyrażam świadomą zgodę na wykorzystanie moich danych medycznych i obrazowych do danych naukowych.
- Oświadczam, że **nie jestem/jestem** w ciąży. ** ***
- Po zapoznaniu się z ankietą, **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** *** na wykonanie badania radiologicznego, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu.
- Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** *** na podanie mi środka kontrastowego podczas badania.

Sulechów, dnia.....

…….. ……..

Podpis osoby udzielającej informacji i odbierającej zgodę Podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

* - właściwe zaznaczyć w kółku; **- dotyczy kobiet – ciąża jest przeciwwskazaniem do badania ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia płodu; nie dotyczy to przypadków zagrożenia życia kiedy to można wykonać badanie TK również u Pacjentek w ciąży; *** - niepotrzebne skreślić,