



Szpital im. Ryszarda Rzepki
w Sulechowie sp. z o.o.
ul. Zwycięstwa 1,
66 – 100 Sulechów

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Tomografii Komputerowej
tel. 797 606 213
fax: 68 385 22 19

ANKIETA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Nazwisko i imię pacjenta															
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 Zakładu Radiologii i 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 kółko** 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 przewlekłe na:	TAK	NIE	NIE WIEM
a.	Choroby tarczycy	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? Jeśli tak, to proszę wymienić jakie i kiedy:	TAK	NIE	NIE WIEM



Szpital im. Ryszarda Rzepki
w Sulechowie sp. z o.o.
ul. Zwycięstwa 1,
66 – 100 Sulechów

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Tomografii Komputerowej
tel. 797 606 213
fax: 68 385 22 19

U większości pacjentów z wyżej wymienionymi dolegliwościami można stosować dożylnie 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 DOŻYLNIEGO 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.
- Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że w dniu badania TK **nie jestem** pacjentem przyjętym na oddział szpitalny i w tym też dniu **planowo przyjęty/a nie będę**.

Sulechów, dnia

.....
Podpis osoby udzielającej informacji i odbierającej zgodę

.....
podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

* - właściwe zaznaczyć w kółko,

** - dotyczy tylko kobiet. Ciąża jest przeciwskazaniem 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,