

**ZGODA PACJENTA NA BADANIE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
ORAZ NA DONACZYNIOWE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Siemianowice Śląskie, dn.

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

Rodzaj badania

Waga

Wzrost

WYPEŁNIA PACJENT

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, stawiając znak w odpowiednie pole.

Wszystkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

1.	Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <i>(jeśli tak proszę wymienić na jakie)</i>	TAK	NIE
2.	Czy miał(a) Pan/Pani wykonywanie badanie radiologiczne z donaczyiniowym podaniem środka cieniującego (np. urografia, TK, angiografia, koronarografia)?	TAK	NIE
3.	Czy podczas badania wystąpiły objawy niepożądane? <i>(Jeśli tak, proszę podać jakie)</i>	TAK	NIE
4.	Czy cierpi Pan/Pani na następujące dolegliwości lub schorzenia : <i>cukrzyca, zaburzenia układu oddechowego, padaczkę, długotrwałe leczenie środkami przeciwbólowymi, alergię, choroba alkoholowa?</i> (podkreślić występujące)	TAK	NIE
5.	Czy cierpi Pan/Pani na nadczynność tarczycy?	TAK	NIE
6.	Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?	TAK	NIE
7.	Czy cierpi Pan/Pani na schorzenia układu sercowo – naczyniowego (niewydolność serca lub przedsionków)?	TAK	NIE
8.	Czy występuje u Pan/Pani choroba nowotworowa? Podać, jakiej okolicy	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem (-łam) się i zrozumiałem (-am) metodę wykonywania badania i możliwościami wystąpienia u mnie skutków ubocznych. Oświadczam również, że nie zataiłem (-łam) żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Podpis pacjenta*:

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody ** na wykonanie badania tomografii komputerowej

Podpis pacjenta*:

Imię i Nazwisko pacjenta:

Podanie środka kontrastowego wpływa na polepszenie obrazu, pozwala dokładniej uwidocznić narządy wewnętrzne i struktury anatomiczne.

Najczęściej występujące objawy niepożądane po podaniu środka kontrastowego:

- Zaczerwienienie,
- Uczucie ciepła,
- Nudności,
- Reakcje skórne (pokrzywka)
- Wymioty
- Duszność
- Wynacznienie środka cieniującego
- Ostra niewydolność nerek
- Wstrząs anafilaktyczny (u pacjentów uczulonych na środki cieniujące)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody *** na zastosowanie środka kontrastowego

Podpis pacjenta*:

Dotyczy kobiet

Oświadczam, że w chwili obecnej nie podejrzewam u siebie i nie jestem w ciąży.

Podpis pacjentki*:

W przypadkach jakichkolwiek niejasności czy wątpliwości prosimy pytać personel wykonujący badanie

.....
.....
.....

WYPEŁNIA LEKARZ

PACJENT NIE JEST W STANIE PODJĄĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU:

.....

PODPIS LEKARZA:

WYPEŁNIA LEKARZ / PIEŁĘGNIARKA

Poziom kreatyniny i GFR: z dnia:

Podano środek cieniujący: w ilości:

*** Dożylnie / Doustnie / Doodbytniczo / W inny sposób:

Czy wystąpiły powikłania?	TAK,	NIE
	<i>jakie:</i>	

.....
Pieczątką i podpis technika

.....
Pieczątką i podpis pielęgniarki

.....
Pieczątką i podpis lekarza

*dotyczy pacjenta lub osoby sprawującej prawną opiekę nad pacjentem

** pacjent ambulatoryjny – lekarz radiolog, pacjent z Oddziału – lekarz kierujący na badanie

*** niepotrzebne skreślić