



## Prudnickie Centrum Medyczne S.A.

48-200 Prudnik, ul. Szpitalna 14  
www.pcm.prudnik.pl

Pracownia Tomografii Komputerowej  
48-200 Prudnik, ul. Piastowska 64  
tel. 77 406 78 33

Godziny przyjęć i rejestracji pacjentów: poniedziałek – piątek 8:00 – 18:00

### ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAGII KOMPUTEROWEJ (TK) ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Data badania: .....

Nazwisko i imię: .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer telefonu: .....

Waga: .....

Badanie tomografii komputerowej TK z dożylnym podaniem kontrastu jodowego wykonuje się przy pomocy promieniowania rentgenowskiego i jest ono obarczone ryzykiem związanym z jego działaniem oraz możliwością niepożądanego działania środków kontrastowych. Badanie może być wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza – skierowanie powinno zawierać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wykonania procedury (Dz. U. z 2011r., Nr 42, poz. 276, rozdział 1, §3.3 z późniejszymi zmianami).

W przypadku podania dożylnego kontrastu mogą wystąpić działania niepożądane. Do takiego badania Pacjent powinien być nawodniony, tzn. pić płyny przynajmniej przez 6 godzin przed badaniem. Na 4 godz. Przed badaniem nie należy spożywać pokarmu. Po podaniu dożylnym środka kontrastowego może pojawiać się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, zaczerwienienie twarzy – w przypadku niepokojących odczuć należy powiadomić o tym personel Medyczny. Pełne informacje na temat środka kontrastowego są zawarte w ulotce firmowej preparatu.

Według zaleceń producenta środków kontrastowych Pacjentki karmiące nie powinny karmić przez 24 godziny po podaniu środka kontrastowego. Do badania jamy brzusznej i miednicy małej może być konieczne podanie doustne rozcieńczonego środka kontrastowego. Po jego szybkim podaniu doustnym może wystąpić biegunka. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczne jest pełna współpraca badania z personelem medycznym. W przypadku badania dzieci lub osób niespokojnych, z ograniczonym kontaktem, możliwe jest wykonanie badania w znieczuleniu lub po premedykacji.

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania TK jest pierwszy trymestr ciąży.**

**Pozostałe trymestry ciąży są względnym przeciwwskazaniem do wykonania badania TK.**

**Przeciwwskazaniem bezwzględnym** do podania jodowego środka kontrastowego dożylnie jest: brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie badania, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na jod (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu Pracowni)

**Przeciwwskazaniem względnym** może być uczulenie na leki, środki, kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, niewyrównana nadczynność tarczycy, zażywanie leków z grupy  $\beta$  – blokerów, grupy biguanidów, Interleukiny 2 / Interferonu.

Wszystkie zaistniałe sytuacje należy zgłosić personelowi medycznemu pracowni przed wykonaniem badania. W przypadku wątpliwości, należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym pracowni.

**Na badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego należy się zgłosić z prawidłowym wynikiem poziomu kreatyniny (który powinien być w normie), poprzednimi wynikami badań TK, MR, USG i RTG jeżeli takie były wykonane.**

**Do badania TK jamy brzusznej i miednicy należy dodatkowo zgłosić się z 1,5l wody mineralnej niegazowanej.**

**Nie należy rezygnować z przyjmowania leków stosowanych przewlekłe poza lekami wymienionymi wyżej. Pełne informacje, co do zażywania leków przed badaniem należy uzyskać u lekarza kierującego na badanie.**

**Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w poczekalni Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15 - 30 minut.**

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelne wypełnienie ankiety z lekarzem kierującym na badanie. Podane przez Pana(nią) informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.**

1. Umiarkowane lub ciężka reakcja na jodowy środek kontrastowy w wywiadzie
2. Uczulenie wymagające leczenia w wywiadzie
3. Astma oskrzelowa w wywiadzie
4. Nadczynność tarczycy
5. Niewydolność serca
6. Cukrzyce
7. Choroba nerek w wywiadzie
8. Operacja nerek w przeszłości
9. Białkomocz w wywiadzie
10. Nadciśnienie tętnicze
11. Dna moczanowa
12. Czy pacjent przyjmuje obecnie któryś z następujących leków:
  - Metformina
  - Interleukina 2
  - NLPZ
  - Aminoglikozydy
  - Beta-blokery

|                          |     |                          |     |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

Najbardziej aktualne oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub szacunkowego wskaźnika przesączania kłębuszkowego (eGRF)

Wartość ..... Data .....

Wypełnione przez lekarza: ..... Data: .....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.**

### ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody\* na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania rentgenowskiego.

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody\* na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania rentgenowskiego oraz dożylnym podaniem środka kontrastowego.

Zostałem/-am wyczerpująco poinformowany/-a o rodzaju i znaczeniu badania oraz związanym z nim ryzykiem wystąpienia powikłań. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

Dotyczy kobiet: Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

.....  
data i podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna prawnego

.....  
data i podpis dziecka po ukończeniu 16r. życia

Oświadczam również, że upoważniam / nie upoważniam\* pana / panią ..... do

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | odbioru mojej dokumentacji medycznej,  |
| <input type="checkbox"/> | uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, |
| <input type="checkbox"/> | otrzymania mojej dokumentacji medycznej po śmierci lub innych okolicznościach.           |

.....  
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna prawnego

.....  
data i miejsce

\*niepotrzebne skreślić