



Prudnickie Centrum Medyczne S.A.

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pracownia Tomografii Komputerowej

48-200 Prudnik, ul. Piastowska 64

tel.: 77 406 78 33

Godziny przyjęć i rejestracji pacjentów: poniedziałek, wtorek, czwartek 8.00-13.00
środa, piątek 8.00-18.00

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Data badania:

Nazwisko i imię: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu: Waga:

Badania 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 pokarmów. Po podaniu dożylnym środka kontrastowego może pojawić 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 producentów 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 konieczna 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 dożylnego jest: brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie badania, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na jod (koniecznie 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 β -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 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2 | Uczulenie wymagające leczenia w wywiadzie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3 | Astma oskrzelowa w wywiadzie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4 | Nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5 | Niewydolność serca | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6 | Cukrzyca | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7 | Choroba nerek w wywiadzie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8 | Operacja nerek w przeszłości | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9 | Białkomocz w wywiadzie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 10 | Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 11 | Dna moczanowa | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 12 | Czy pacjenta przyjmuje obecnie któryś z następujących leków: | | |
| | • Metformina | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | • Interleukina 2 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | • NLPZ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | • Aminoglikozydy | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | • Beta-blokery | <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 ~~.....~~ na badanie: Data:

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 wymagana 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 / paniądo

- odbioru mojej dokumentacji medycznej,
- uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
- otrzymania mojej dokumentacji medycznej po śmierci lub innych okolicznościach.

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

.....
data i miejsce