

1. Informacje o Pacjencie

Nazwisko:					Imię:					
Nr PESEL:										Nr telefonu:
Waga (kg):			Wzrost (cm):			Kreatynina:		GFR (wg C-G): ml/min		RR:

2. Kwestionariusz przed badaniem TK

UPRZEJMIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA. WSZYSTKIE INFORMACJE MEDYCZNE SĄ TAJEMNICĄ LEKARSKĄ I NIE BĘDĄ WYKORZYSTYWANE DO CELÓW INNYCH NIŻ MEDYCZNE.

Czy jest Pan/Pani na czczo?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy podejrzewa lub jest Pani w ciąży?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na jod?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonane badanie TK lub inne z użyciem środka kontrastowego?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy po podaniu środka kontrastowego w czasie badania wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne (uczulenie na leki, pokarmy, inne)? Jeśli tak, to jakie?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy? Jeśli tak, to na jakie?..... Poziom TSH..... Proszę przynieść zaświadczenie o zgodzie lekarza na wykonanie badania.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na ostrą lub przewlekłą niewydolność nerek lub inne choroby nerek? Jeśli tak, to na jakie?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Jeśli tak, to przyjmuje Pan/Pani metforminę, lub inne leki? Jakże?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony?.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze? Proszę wymienić przebyte operacje:.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

3. Ważne informacje dla Pacjenta przed badaniem TK

- W czasie badania metodą tomografii komputerowej pacjent poddany jest promieniowaniu jonizującemu.
- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania metodą tomografii komputerowej jest ciąża.** Kobiety w wieku rozrodczym powinny wykonywać badania tomografii komputerowej w czasie pierwszych 10 dni cyklu miesięcznego z uwagi na to, że prawdopodobieństwo zajścia w ciążę w tym okresie jest mniejsze. Wykonanie badania tomografii komputerowej u kobiet w ciąży odbywa się wyłącznie ze wskazań życiowych.
- W badaniu metodą tomografii komputerowej w celu pogłębienia diagnostyki może być wymagane podanie jodowego środka kontrastowego, który może być powodem wystąpienia niepożądanych działań o różnym nasileniu – od niewielkich, ledwo zauważalnych do poważnych, niekiedy, choć rzadko, mogących stwarzać zagrożenie życia. **Działania niepożądane związane z podawaniem środka kontrastowego** mogą obejmować u >0,5% badanych (częściej niż u 1 osoby na 200 badanych) w szczególności: ból i krwawienie w miejscu wkłucia, powstanie krwiaka, ból pleców, ból głowy, ból w klatce piersiowej, wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, nudności, wymioty, uczucie parcia na stolec, zawroty głowy, senność, splątanie, uczucie ciepła,

zaburzenie czucia, duszność, wysypkę, zaburzenia widzenia i smaku, uczucie parcia na mocz, kłopoty z oddawaniem moczu oraz inne objawy występujące rzadziej (<0,5%) lub sporadycznie. Stwierdzano również występowanie rzadkich reakcji zagrażających życiu: uogólnionych reakcji uczuleniowych, niewydolności serca, niewydolności nerek lub groźnych zaburzeń rytmu.

- Decyzję, o możliwości wykonania badania TK, w przypadku stosowania leków specjalistycznych mogących być przeciwwskazaniem, podejmuje lekarz specjalista danej specjalizacji lub lekarz POZ-u i wydając stosowne pisemne zaświadczenie.
- Pacjent w dniu badania powinien zgłosić się po zażyciu leków, które stale stosuje. Tylko niektóre leki przyjmowane przez pacjenta powinny być odstawione przed badaniem (np. metformin), dlatego konieczne jest poinformowanie lekarza kierującego na badanie o przyjmowanych przez pacjenta lekach.
- W przypadku uczulenia na jod konieczne jest wcześniejsze poinformowanie lekarza.
- Uszkodzenie funkcji nerek (objawiające się najczęściej w badaniu krwi podwyższonym stężeniem kreatyniny) może być przeciwwskazaniem do wykonania badania.
- W większości przypadków **Pacjent powinien zgłosić się do badania na czczo.**

4. Oświadczenia Pacjenta /Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

- Oświadczam, że w dniu badania jestem hospitalizowany Tak Nie
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ankiety, której zawartość jest dla mnie zrozumiała Tak Nie
- Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą Tak Nie
- Wyrażam zgodę na badanie metodą Tomografii Komputerowej Tak Nie
- Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego w razie zlecenia przez lekarza Tak Nie
- Zgodę na badanie TK, wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji po zapoznaniu się z wyżej wymienionymi informacjami, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu.

Data badania - -

Podpis Pacjenta:

Podpis Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta:

5. Dokumentacja medyczna pozostawiona do porównania

- ZDJĘCIA/CD:** RTG..... / TK..... / MR.....
- OPISY:** RTG..... / TK..... / MR..... / USG.....
- WYPISY ZE SZPITALA:**
- INNA DOKUMENTACJA:**
- BRAK DOKUMENTACJI**

Podpis Pacjenta:

Podpis Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta:

6. Pokwitowanie odbioru pozostawionej dokumentacji medycznej

Podpis Pacjenta:

Podpis Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

