

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)

Dane Pacjenta:

Nazwisko, imię		PESEL / Data urodzenia	
Waga	Wzrost	Numer telefonu	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku Pacjenta małoletniego)
Zakres badania / okolica anatomiczna			

W trosce o Państwa bezpieczeństwo przed badaniem wymagane jest wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Ważne informacje przed badaniem:

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	Dotyczy kobiet
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy karmi Pani piersią?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy były wykonywane wcześniej badania ze środkiem kontrastowym?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy po podaniu środka kontrastowego pojawiły się powikłania lub reakcje alergiczne ? (np. pokrzywka, wymioty) Jeśli tak, proszę podać jakie	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy występują u Pani/Pana jakiegokolwiek inne uczulenia, alergie ? (jakie)	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy miała Pani/Pan wykonywane zabiegi operacyjne ? (jakie?)	
Czy zdiagnozowano u Pani/Pana:		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	nieregularne bicie serca	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie stan zapalny
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	nagłe utraty przytomności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie cukrzycę
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	stany lękowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie zaburzenia krzepnięcia i zakrzepice żył głębokich
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie choroby płuc (astma, POCHP, inne)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	niewydolność wątroby	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie przebyte choroby zakaźne (jakie?)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	nadciśnienie tętnicze
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	choroby układu nerwowego (padaczka, inne)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie czy zażywa Pani/Pan jakiegokolwiek leki ? (jakie)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	niedoczynność lub nadczynność tarczycy

Informacje o badaniu: Badanie metodą tomografii komputerowej wykonywane jest dla zobrazowania tkanek i wykrycia ewentualnych zmian chorobowych. Obrazowanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie. Przeciwwskazaniem do wykonania badania z użyciem promieniowania rentgenowskiego, w szczególności tomografii komputerowej jest ciąża, ze względu na szkodliwy wpływ promieniowania rentgenowskiego na rozwój płodu i możliwość wystąpienia wad rozwojowych płodu i dziecka po urodzeniu. Każda ekspozycja diagnostyczna powoduje pochłonięcie określonej dawki promieniowania rentgenowskiego, co niesie za sobą ryzyko uszkodzenia płodu, oraz ryzyko uszkodzenia narządów, rogówki gałek ocznych, gonad, tarczycy, dlatego też narządy szczególnie wrażliwe jak rogówka gałki ocznej, tarczyca, narządy rozrodcze, przed badaniem są ochraniające osłonami indywidualnymi zawierającymi ołów, który chroni organizm przed promieniowaniem. Pochłonięte dawki są różne w zależności od rodzaju badania i badanej okolicy anatomicznej ciała). Ponieważ bardziej wrażliwe na pochłanianie promieniowania rentgenowskiego są dzieci i osoby w okresie dojrzewania, dlatego wskazanie do wykonania badania tomografii komputerowej u dziecka i małoletniego musi być bardzo precyzyjnie określone. Wpływ promieniowania na organizm jest szkodliwy, zwłaszcza w przypadku skumulowania dawek. Dlatego, jeśli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcia RTG) lub Pacjent był leczony radioterapią, należy ten fakt zgłosić personelowi medycznemu.

O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, decyduje lekarz na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i jego stanu zdrowia, ewentualnych przeciwwskazań do podania kontrastu oraz oceny radiologicznej pierwszej fazy badania wykonanej bez kontrastu. W przypadku podawania kontrastu, konieczne jest założenie tzw. wkłucia dożylnego. Stosowany w naszej Pracowni kontrast jodowy jest preparatem niejonowym i niskoosmolarnym, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Środki kontrastowe używane w badaniu wydalane są przez nerki.

Możliwe skutki uboczne związane z wykonywaniem badania tomografii komputerowej:

- Skutki bliskie i odległe wynikające z narażenia na promieniowanie rentgenowskie
- Powikłania badania wynikające z pozycji leżącej (wymioty, zachtłyśnienie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania)

Możliwe działania niepożądane po podaniu środka kontrastowego:

- Reakcje alergiczne skórne, uczucie gorąca, nudności, pokrzywka, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle mięśni, ponadto niezwykle rzadko - zaburzenia ze strony układu oddechowego, układu krążenia, układu nerwowego i nerek.
- Powikłania związane z założeniem wkłucia dożylnego (uszkodzenie naczyń, zator lub zakrzepica żył powierzchownych lub głębokich.)

Pacjenci z podwyższonym ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych po podaniu środka kontrastowego:

(w tym przypadku lekarz podejmuje decyzję o możliwości podania kontrastu)

- Ciężka, Alergia na leki, pokarmy, pyłki, astma, POCHP lub inne alergie
- Alergia na jodowe środki kontrastowe
- Zaburzenia czynności serca, układu krążenia, nerek, cukrzyca, alkoholizm
- Choroby neurologiczne, m. in. padaczka, udary
- Nadczynność tarczycy
- Choroby z autoagresji, miastenia

UWAGA!

Pacjenci **chorzy na cukrzycę** leczeni metforminą z wyliczonym eGFR w przedziale 30-44 ml/min – konieczne jest odstawienie metforminy na 48 godzin przed i 48 godzin po badaniu TK. Można wznowić przyjmowanie leku, jeżeli w tym czasie nie pogorszy się funkcja nerek, co potwierdza się kontrolnym badaniem poziomu kreatyniny z pomiarem eGFR po 24 godzinach.

Pacjenci przyjmujący **leki niesterydowe przeciwzapalne** powinni odstawić leki na 48 godzin przed i 48 godzin po badaniu TK.

Świadoma zgoda na badanie i oświadczenie Pacjenta

tak nie Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie / mojego dziecka badania metodą tomografii komputerowej

tak nie Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego u mnie/ mojego dziecka do badania

tak nie Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym

tak nie Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Miałem/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi i nie mam więcej uwag. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłem/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych skutków zdrowotnych.

tak nie Oświadczam, że w ciągu 6 godzin przed badaniem nie przyjmowałem pokarmów (płynów do 3 godzin przed badaniem)

Czy Pan/Pani wyraża zgodę aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości?
Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

tak nie

Data i podpis pracownika medycznego:

Data i podpis Pacjenta:

(w przypadku Pacjenta między 16-18 r. ż.
zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Omega Health Group Sp. z o.o. ul. Bankowa 5, 58-500 Jelenia Góra. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Wypełnia personel medyczny po badaniu

Podano środek kontrastowy: tak nie

Podpis pielęgniarki podającej kontrast:

Ilość ml:

Nazwa: