

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA .....

NUMER HISTORII CHOROBY.....

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE  
procedury medycznej**

**TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ ( TK)**

**1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (a), istnieje podejrzenie:

.....  
.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani(a) wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskania materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Po szczegółowej analizie Pani(a) przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu diagnostycznego:

**TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ ( TK)**

Zabieg ten będzie polegał na:

zeskanowaniu wiązką promieniowania rtg badanego obszaru, a następnie wygenerowaniu obrazu przekroju ciała pacjenta przez system komputerowy. Badanie jest wykonywane przez technika rtg pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od kilku do kilkunastu minut. W czasie badania pacjent umieszczony jest na specjalnym stole, który przesuwa się w trakcie skanowania. Badany powinien leżeć nieruchomo - w przeciwnym razie uzyskane obrazy będą nieostre i niemożliwe do oceny przez lekarza radiologa. Jest instruowany o sposobie zachowania podczas samego badania, w celu uzyskania lepszej jakości zdjęć. W tym m.in. celu większość aparatów TK wyposażona jest w tzw. intercom, czyli prosty sposób komunikacji głosowej pomiędzy pacjentem a lekarzem czy technikami. W niektórych badaniach pacjent może być proszony o wstrzymanie oddechu na kilkanaście sekund. W większości badań tomografii komputerowej konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego. W niektórych badaniach tomografii komputerowej (ocena jamy brzusznej, miednicy) konieczne jest ponadto wcześniejsze doustne, ewentualnie również podczas badania doodbytnicze podanie środka kontrastowego. Wynik badania przekazywany jest w formie opisu z dołączonymi zdjęciami na papierze lub kliszy fotograficznej, w niektórych pracowniach również na dysku CD

Celem ~~operacji~~ (zabiegu) jest:

umożliwienie oceny struktur anatomicznych i ewentualnych ich nieprawidłowości w ciele całego człowieka w płaszczyźnie poprzecznej poprzez odpowiednie rekonstrukcje, także w innych płaszczyznach. Główną zaletą badania w stosunku do innych badań radiologii konwencjonalnej jest możliwość odróżnienia od siebie poszczególnych frakcji tkanek miękkich ustroju. Dodatkowo technika tomografii komputerowej daje możliwość zastosowania jej w tzw. badaniach interwencyjnych.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA .....

NUMER HISTORII CHOROBY.....

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują:  
radiologię konwencjonalną

### **3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem . Powikłania związane z tą procedurą , najczęściej o charakterze miejscowym wiążą się najczęściej z podaniem środka kontrastowego i polegają na:

- zaczerwienieniu,
- obrzęku skóry,
- wysypce,
- nudnościach,
- wymiotach,
- zawrotach głowy,
- nagłym osłabieniu.

Z uwagi na pochłonięcie względnie dużej dawki promieniowania rentgenowskiego, badanie nie powinno być powtarzane dowolną ilość razy. Badanie wykonywane jest u chorych w każdym wieku. Nie może być wykonywane u kobiet będących w ciąży..

### **4. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu diagnostycznego jest w Pani(a) przypadku:

[ ] duże

[ ] średnie

[ ] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani(a) zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: .....

.....

### **5. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani(a) zapytała nas o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani(a) pytania.

### **ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO**

.....

.....

.....

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA .....

NUMER HISTORII CHOROBY.....

## **6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani(a) zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani(a) zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## **7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałem (am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem (podać nazwisko) ....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- a. rozpoznania;
- b. proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych;
- c. dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania;
- d. wyników leczenia;
- e. rokowania;
- f. ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem diagnostycznym.

**1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry).**

**2. Zapewniam, iż przekazałem(-am) wszystkie prawdziwe informacje** o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

**3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszej oświadczenie świadomie i swobodnie** tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczania.

