



**ZGODA PACJENTA
NA BADANIE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
ORAZ NA DONACZYNIOWE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Bolesławiec, dnia.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Rodzaj badania Waga pacjenta Wzrost pacjenta

Uwaga:

Najczęściej występujące objawy niepożądane po donaczyiniowym podaniu środka kontrastowego:

nudności, zawroty, ból głowy, niskie ciśnienie krwi, zaczerwienienie w miejscu podania, dziwny smak w ustach, wynaczynienie środka cieniującego, wstrząs anafilaktyczny (u pacjentów uczulonych na środki cieniujące), uczucie gorąca, uczucie palenia w miejscu podania, wysypka skórna.

WYPEŁNIA PACJENT

Proszę uważnie przeczytać i odpowiedzieć na poniższe pytania.

Wszystkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ ZAZNACZYĆ KÓŁECZKIEM!!!

1.	Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? (jeśli tak proszę wymienić na jakie)	TAK	NIE
2.	Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane badanie radiologiczne z donaczyiniowym podaniem środka cieniującego? (np. urografia, TK, angiografia, koronografia)?	TAK	NIE
3.	Czy podczas badania wystąpiły objawy niepożądane? (Jeśli tak, proszę podać jakie)	TAK	NIE
	Czy podczas badania wystąpiły objawy niepożądane? (Jeśli tak, proszę podać jakie)	TAK	NIE
4.	Czy cierpi Pan/Pani na następujące dolegliwości lub schorzenia: cukrzyca, zaburzenia układu oddechowego, padaczkę, długotrwałe leczenie środkami przeciwbólowymi, alergie, choroba alkoholowa? (podkreślić występujące)	TAK	NIE
5.	Czy cierpi Pan/Pani na nadczynność tarczycy?	TAK	NIE
6.	Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?	TAK	NIE
7.	Czy cierpi Pan/Pani na schorzenia układu sercowo-naczyniowego (niewydolność serca lub przedsionków)?	TAK	NIE
9.	Czy występuje u Pana/Pani choroba nowotworowa? Podać, jakiej okolicy.....	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i zrozumiałem (-am) metodę wykonywania badania i możliwościami wystąpienia u mnie skutków ubocznych. Oświadczam również, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Data i podpis pacjenta *

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody *** na wykonanie badania tomografii komputerowej.

Data i podpis lekarza Data i podpis pacjenta *

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody*** na zastosowanie środka kontrastowego.

Data i podpis lekarza Data i podpis pacjenta *

Dotyczy kobiet:

Oświadczam, że w chwili obecnej nie podejrzewam u siebie i nie jestem w ciąży.

Data i podpis pacjenta *

Po wykonanym badaniu z kontrastem należy wypić ok. 2,5 litra płynów !!!

W przypadku jakichkolwiek niejasności czy wątpliwości prosimy pytać personel wykonujący badanie.

W przypadku nie wyrażenia zgody na podanie środka kontrastowego badanie będzie miało mniejszą wartość diagnostyczną.

WYPEŁNIA LEKARZ

PACJENT NIE JEST W STANIE PODJAĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU:.....

.....

PODPIS LEKARZA

WYPEŁNIA LEKARZ/PIELEGNIARKA

Poziom kreatyniny i GFR: z dnia

ZLECENIE NA PODANIE KONTRASTU

Środek cieniujący: w ilości:.....

Dożylnie / Doustnie / Doodbytniczo / W inny sposób:.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

POWIKŁANIA PO ZABIEGU

Czy wystąpiły powikłania?	TAK, jakie:	NIE
	

.....
pieczętka i podpis lekarza

* dotyczy pacjenta lub osoby sprawującej prawną opiekę nad pacjentem
** pacjent ambulatoryjny - lekarz radiolog, pacjent z Oddziału - lekarz kierujący na badanie
*** niepotrzebne skreślić