



# PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

35-005 RZESZÓW, UL. FREDRY 9

☎ 17 861 36 41

numer badania

data badania

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

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

data urodzenia

Adres zamieszkania pacjenta, numer telefonu kontaktowego

⚠ **PACJENCI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA MUSZĄ STAWIĆ SIĘ Z OSOBĄ PEŁNOLETNIĄ** ⚠

Rodzaj badania

waga pacjenta

Rozpoznanie, główne dolegliwości (co ma badanie wyjaśnić)

wzrost pacjenta

*Wypełnia personel medyczny*

## ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Podany kontrast (producent, nazwa)

Ilość kontrastu

Podpis i pieczętka zlecającego

Podpis i pieczętka osoby podającej kontrast

Podpis i pieczętka osoby wykonującej badanie

Uwagi dodatkowe

*Wypełnia pacjent*

## ODBIÓR WYNIKU BADANIA

Do odbioru wyniku badania upoważniam Pana (-nią)

.....

(Imię i Nazwisko)

Legitymujący (a) się dowodem tożsamości (numer, seria): .....



## PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

35-005 RZESZÓW, UL. FREDRY 9

☎ 17 861 36 41

### ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)

**Tomografia komputerowa** jest badaniem diagnostycznym, wykorzystującym promienie rentgenowskie. Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej i wymaga przebywania w bezruchu przez około 5 do 15 minut. Do badania TK prosimy nie zabierać zegarków, telefonów komórkowych. W zależności od rodzaju badania należy także usunąć biżuterię lub bieliznę u kobiet.

**PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE PRZEDMIOTÓW ZABRANYCH PRZEZ PACJENTA DO BADANIA!**

Pacjent przed badaniem ma możliwość zadawania pytań dotyczących badania TK i uzyskanie zrozumiałych dla niego i wyczerpujących odpowiedzi. Zgodę na wykonanie badania wyraża po podjęciu samodzielnej decyzji w wystarczającym dla pacjenta czasie. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym. Dla pełnej wartości badania czasami wymagane jest podanie środka kontrastowego. Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w pracowni MRI bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15 – 30 minut.

**Ryzyko reakcji niepożądanego po podaniu radiologicznych środków kontrastowych.** Ryzyko niepożądanego reakcji zwiększa się w sytuacjach takich jak: uczulenie na jod, powikłania po dożylnym podaniu środka kontrastowego w przeszłości, alergii astma, niewydolność układu krążenia, układu oddechowego, odwodnienie, niewydolność nerek, cukrzyca, niewydolność wątroby, wiek powyżej 65 r.ż., dzieci do lat 10. **Leczenie jodem radioaktywnym wyklucza podanie kontrastu podczas badania.** Pacjenci nie powinni przerywać brania stałych leków. Pacjenci alergicy powinni przynieść na badania leki, które stale zażywają. Pacjenci przychodząc na badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego powinni posiadać ze sobą aktualny wynik badania poziomu kreatyniny. Ważność wyniku badania poziomu kreatyniny wynosi **14 dni. Kobietom w ciąży ze względu na potencjalne zagrożenie dla dziecka nie zaleca się wykonywanie badań TK.** W dniu badania należy dostarczyć pełną dokumentację z badań obrazowych wcześniej wykonanych: MR, TK., USG, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania TAK/NIE wstawiając znak X

TAK NIE

Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążeniową, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca, cukrzycę, astmę oskrzelową,? <i>Jeżeli tak to jaką?</i> .....		
Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek?		
Czy u pacjenta rozpoznano inną chorobę nerek? <i>Jeżeli tak, to jaką?</i> .....		
Czy pacjent choruje na choroby układu nerwowego (ból głowy, padaczka, utraty przytomności)? .....		
Czy u pacjenta rozpoznano choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)? <i>Jeżeli tak, to jaką?</i> .....		
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy pacjentka karmi piersią?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <i>Jeżeli tak, to jakich?</i> .....		
Czy kiedykolwiek wcześniej miała Pani/Pan wykonywane badanie TK z użyciem środka kontrastowego?		
Czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?		
<b>WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</b>		
Czy w przypadku konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie?		
<b>Ilość dokumentów pozostawionych przez Pacjenta: FORMA PAPIEROWA ..... PŁYTA.....</b>		

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż przeczytałam i zrozumiałam powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że nie zataiłam /em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Cel badanie jest dla mnie jasny i zostałam/em poinformowana/y o procedurze badania oraz o ewentualnej potrzebie podanie dożylnie środka kontrastowego. Znałam mi są wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania, zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań. Miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

**Pacjenci pomiędzy 16 a 18 rokiem życia – wymagana zgoda podwójna, tj. pacjenta oraz rodzica/opiekuna prawnego.**

Czytelny podpis pacjenta

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego