



ANKIETA PRZED BADANIEM metodą Tomografii Komputerowej (TK)

1. Informacje o Pacjencie

Nazwisko:	Imię:
	Nr telefonu: 

2. Kwestionariusz przed badaniem TK

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy jest Pani w ciąży?	tak ☐ nie ☐
Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jod?	tak ☐ nie ☐
Czy choruje Pani/Pan na choroby tarczycy? Jeśli tak, to na jakie? Jakim lekiem jest Pani/Pan leczona/y?	tak ☐ nie ☐
Czy choruje Pani/Pan na ostrą lub przewlekłą niewydolność nerek lub inne choroby nerek? Jeśli tak, to na jakie?	tak ☐ nie ☐
Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę? Jeśli tak, to czy przyjmuje Pani/Pan metforminę lub inne leki? Jeśli tak to jakie?	tak ☐ nie ☐
Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pani/Pan leczona/y?	tak ☐ nie ☐
Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?	tak ☐ nie ☐
Czy kiedykolwiek miał(a) Pani/Pan wykonane badanie tomografii komputerowej lub inne z użyciem środku kontrastowego?	tak ☐ nie ☐
Czy po podaniu środku kontrastowego użytego w czasie badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?	tak ☐ nie ☐
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne (uczulenie na leki, pokarmy, inne)? Jeśli tak, to jakie?	tak ☐ nie ☐

■ Wynik badania poziomu kreatyniny

3. Ważne informacje dla Pacjenta przed badaniem TK

- W czasie badania metodą tomografii komputerowej **pacjent poddany jest promieniowaniu jonizującemu.**

- **! Pacjentko! BEZWZGLĘDNYM PRZECIWWSKAZANIEM do wykonania badania metodą Tomografii Komputerowej (TK) 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 (zagrożenie życia).

Kobieta w ciąży przed wykonaniem badania tomografii komputerowej musi powiadomić o tym fakcie rejestrację i osobę wykonującą badanie!

- 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 dla 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, zaburzenia czucia, duszność, wysypkę, zaburzenia widzenia i smaku, uczucie parcia na mocz, kłopoty z oddawaniem moczu oraz różne inne objawy występujące rzadziej (< 0,5 % lub sporadycznie.)

Stwierdzano również występowanie rzadkich reakcji zagrażających życiu:

- uogólnionych reakcji uczuleniowych, niewydolność i serca, niewydolności nerek lub groźnych zaburzeń rytmu.

- **Niektóre leki przyjmowane przez pacjenta powinny być odstawione przed badaniem:** biguanidy (stosowane w leczeniu cukrzycy), interleukina 2, inne środki kontrastowe. **Dlatego konieczne jest poinformowanie lekarza kierującego na badanie o lekach przyjmowanych przez pacjenta.**
- **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 TK na czczo.** O sposobie przygotowania pacjent może dowiedzieć się telefonicznie.

4. Oświadczenia Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

- | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|
| ■ Wyrażam świadomą zgodę na badanie metodą Tomografii Komputerowej. | tak ☐ | nie ☐ |
| ■ Wyrażam świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego w razie zlecenia przez lekarza. | tak ☐ | nie ☐ |
| ■ Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ankiety, której zawartość jest dla mnie całkowicie zrozumiała. | tak ☐ | nie ☐ |
- **Oświadczam, że wszystkie udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą.**

.....
Data i godz. badania

.....
Czytelny podpis - imię i nazwisko Pacjenta