

ANKIETA PRZED BADANIEM

metodą Tomografii Komputerowej (TK)

Data badania:	PESEL
Nazwisko:	PŁEĆ ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Imię:	Nr telefonu: (Nr telefonu jest konieczny w celu uzyskania sms-a o opisanu badania)
Waga: kg Wiek: lat	Wynik badania poziomu kreatyniny:



Rodzaj badania:

Kontrast:

2. Kwestionariusz przed badaniem TK

Upraszamy prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, wszystkie informacje medyczne objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

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

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 ☐

- !** W trakcie badania może zaistnieć **potrzeba dożylnego podania środka kontrastującego** (po jego podaniu mogą wystąpić reakcje rzekomoanafilaktyczne). **Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji po badaniu w pracowni przez okres 15-30 min.**

Oświadczam, że wszystkie udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą.

.....
Data i godz. badania

.....
Czytelny podpis – imię i nazwisko Pacjenta