

## KARTA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Dane karty są poufne i zostaną wykorzystane wyłącznie w celu bezpiecznego wykonania badania.

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL:  TELEFON:.....

### ANKIETA - konieczne wypełnienie przez pacjenta!

Prawidłową odpowiedź prosimy koniecznie zakreślić **kółkiem**

Dotyczy wszystkich pacjentów		
Dla pacjentek: Jestem w ciąży lub podejrzewam, że mogę być	TAK	NIE
Przebyłem/przebyłam zabiegi operacyjne ( jeżeli tak proszę wymienić jakie).....	TAK	NIE
W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie Tomografii Komputerowej z podaniem środka kontrastowego ( jeżeli tak wymienić czego dotyczyło) .....	TAK	NIE
Alergia wymagająca leczenia	TAK	NIE
Astma	TAK	NIE
<b>W przypadku badań z kontrastem dodatkowo:</b>		
Jestem uczulony na leki, środki kontrastowe, jad owadów lub inne substancje (jeżeli tak to proszę podać na jakie)..... objawy.....leczenie.....	TAK	NIE
Nadczynność tarczycy	TAK	NIE
Wole tarczycy	TAK	NIE
Niedoczynność tarczycy	TAK	NIE
Niewydolność serca	TAK	NIE
Cukrzyca	TAK	NIE
Niewydolność nerek	TAK	NIE
<b>Przyjmowanie obecnie poniższych leków:</b>		
• <b>W cukrzycy -Metformina</b> (np.: Metformax, Formetic Siofor, Metral, Glucophage)	TAK	NIE
• <b>Przeciwzapalne</b> ( np.: Paracetamol, Połopiryna, Aspiryna, Ibuprom, Ketonal)	TAK	NIE
• <b>Aminoglikozydy</b> (np.: Streptomycyna, Neomycyna, Gentamycyna, Sisomycyna)	TAK	NIE
• <b>Betablokery</b> ( np.: Propranolol, Metoprolol, Atenolol, Bisoprolol)	TAK	NIE

**Pacjenci z nadczynnością tarczycy lub wolem tarczycy muszą zgłosić się do lekarza endokrynologa przed badaniem celem farmakologicznego przygotowania do dożylnego podania jodowego środka kontrastowego.**

- Zapoznałem/am się** ze szczegółowym objaśnieniem badania, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku badania, jak też z konsekwencjami braku mojej zgody na wykonanie badania. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego mam świadomość, że obniża to wartość diagnostyczną badania.
- Wiem**, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie badania w każdej chwili.
- Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am** przeciwwskazania do wykonania badania oraz przedstawioną informację o mogących wystąpić powikłaniach w związku z podaniem środka kontrastowego.
- Stwierdzam**, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące planowanego badania i poruszone przeze mnie obawy i wątpliwości.
- Przyjmuję do wiadomości**, że dodatkowe zabiegi / badania oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.

.....  
**PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia**

DATA.....

.....  
**(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)**

## KARTA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Dane karty są poufne i zostaną wykorzystane wyłącznie w celu bezpiecznego wykonania badania.

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL:

Waga:

Wzrost :

### Wypełnia Pracownia Tomografii Komputerowej

Badanie z podaniem środka kontrastowego konieczny wynik poziomu kreatyniny (wydolności nerek), a w przypadku chorób tarczycy wynik TSH.

Poziom kreatyniny (wydolność nerek)	..... $\mu\text{mol/l}$	.....mg/dl
eGFR	.....	
TSH	.....mIU/l	

### ZGODY

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROPONOWANE BADANIE oraz ewentualną jego modyfikację w niezbędnym zakresie, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w trakcie badania

TAK

NIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE DOŻYLNIE KONTRASTU

TAK

NIE

Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/ oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.

TAK

NIE

.....  
PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia

DATA.....

.....  
(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

DATA.....

.....  
Dane identyfikujące lekarza ZRiDO

### WYPEŁNIA LEKARZ NADZORUJĄCY BADANIE

DOKUMENTACJA DODATKOWA DOSTARCZONA PRZEZ PACJENTA (ZOSTAWIONA LEKARZOWI)

PŁYTA  SZTUK ..... | KLISZA  SZTUK ..... | OPIS  SZTUK .....

INNE  .....