



ANKIETA PRZED BADANIEM METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

W trosce o Państwa bezpieczeństwo, uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Podane przez Pana/Panią informacje, pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

_____ PESEL _____

Nazwisko i imię

Tel. kontaktowy: _____ Waga: _____ kg Data badania: _____

Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez postawienie znaku „X” w kolumnie z właściwością odpowiedzią. Jeśli jest to potrzebne, można również dopisać dodatkowe wyjaśnienia lub informacje.

1.	Czy jest Pani w ciąży (zaznaczyć TAK, nawet jeśli Pani nie ma pewności)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2.	Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek zabiegi operacyjne i/lub wszczepiane implanty? Jeśli tak, to kiedy i jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	Czy był/a Pan/Pani leczony/a chemioterapią lub naświetleniami ? Jeśli tak, to podać powód i daty	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Czy jest Pan/Pani uczulony (a)? jod, leki, plaster, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5.	Czy miał(a) Pan/Pani podawane środki kontrastowe? Jeżeli po podaniu kontrastu wystąpiły powikłania to jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6.	Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? nadczynność, niedoczynność tarczycy, cukrzyca Przyjmowane leki.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7.	Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakie leki Pan/Pani przyjmuje?.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
8.	Czy chorował(a) lub choruje Pan/Pani na inne choroby płuc? np. zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9.	Czy chorował(a) lub choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? np. utrata przytomności, udar, padaczka.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10.	Czy choruje Pan/Pani na nerki lub wątrobę? niewydolność nerek, kamica, żółtaczka	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
11.	Czy choruje Pan/Pani na serce lub ma jakiegokolwiek dolegliwości sercowe? np. choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
12.	Czy choruje Pan/Pani na inne, niewymienione choroby (m.in. szpiczak mnogi)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
13.	Czy przyjmował(a) Pan/Pani ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś leki? zastrzyki, tabletki, czopki, plastry lecznicze, środki antykoncepcyjne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
14.	Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
15.	Czy używa Pan/Pani protez zębowych?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
16.	Czy poinformowano Pana/Panią o możliwości podania kontrastu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
17.	Czy Pan/Pani pali papierosy? Ile dziennie Ile lat	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Proszę dołączyć aktualny (z ostatnich 30 dni) wynik badania krwi z poziomem kreatyniny i/lub GFR.

Jeśli pacjent nie ukończył 16 lat, w imieniu dziecka zgodę podpisuje rodzic/opiekun prawny.

Jeśli pacjent ukończył 16 lat, a nie ukończył 18 lat, zgodę podpisuje pacjent i rodzic/opiekun prawny.

Data _____

.....

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

1. Niniejszym oświadczam, że otrzymałem pełną i wyczerpującą informację o badaniu TK, w tym o ryzyku związanym z podaniem środka kontrastowego, jak również o możliwości niepełnej diagnozy w przypadku niepodania kontrastu mimo wskazań do jego zastosowania; treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne konsekwencje wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem tomografii komputerowej.

2. **Wyrażam zgodę na badanie metodą tomografii komputerowej.**

3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 godzin **nie przyjmowałem pokarmów.**

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości powikłań związanych z badaniem i **wyrażam** zgodę na przeprowadzenie badania z podaniem środka kontrastowego.

TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

5. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego biorę na siebie pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

6. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

7. Oświadczam, że umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących badania i podania środka kontrastowego i otrzymałem na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Inne pytania, uwagi i zastrzeżenia pacjenta:

.....

.....

Data |__|__-|__|__-|__|__|__| godz. |__|:|__|

.....
Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego