Szpital Czerniakowski | Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Warszawa

ANKIETA
PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Imię i Nazwisko..... PESEL/data urodzenia .....

Waga ..... Wzrost .....

BADANIE TK: Badanie za pomocą Tomografii Komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie i powoduje napromieniowanie pacjenta w czasie badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe - jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był leczony napromieniowaniem – należy ten fakt zaznaczyć w Karcie Pacjenta z podaniem kiedy się ono odbyło.

Pacjentko! Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania Tomografii Komputerowej jest CIĄŻA.

	Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi	**TAK**	**NIE**
1	Czy jest Pani w ciąży?		
2	Czy karmi Pani piersią?		
3	Czy jest Pani/Pan uczulona(y) na jod?		
4	Czy miała/miał Pan badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa)?		
5	Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie?		
6	Czy jest Pan(i) uczulony(a) (leki, pokarmy, substancje chemiczne)? Jeśli tak, to na jakie?		
7	Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pani/Pan leczona(y)?		
8	Czy rozpoznano u Pani(a) niewydolność nerek?		
9	Czy choruje Pan(i) na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to na jaką?		
10	Czy ma Pan(i) nadczynność/ niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan(i) leczony(a) i jakim lekiem?.....		
11	Czy choruje Pan(i) na serce? Proszę zaznaczyć właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca.		
12	Czy choruje Pan(i) na cukrzycę ? Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 24 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem do naczyniowym jodowych środków cieniujących!		
13	Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności) Czy przyjmuje Pan(I) leki? (niesterydowe leki przeciwzapalne, neuroleptyki, leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, Pochodne fenotiazyny, leki przeciwdepresyjne)		

Ja, niżej podpisany (- na), oświadczam, że przeczytałem (- łam) i zrozumiałem (-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące tomografii komputerowej i podania środka cieniującego – w tym o ryzyku wystąpienia i rodzajach powikłań.
Jestem świadomy (- ma) możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem tomografii komputerowej i podaniem środka cieniującego,a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka cieniującego. Oświadczam, że miałem (- łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany i zrozumiały wyjaśnić wszelkie swoje wątpliwości dotyczące badania (w tym odnośnie ryzyka wystąpienia ewentualnych powikłań), a związane z nim – przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem (- łam) i nie mam dalszych uwag ani wątpliwości.
Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje oraz, że są one zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na:

TAK	NIE	
☐	☐	Przeprowadzenie tomografii komputerowej.
☐	☐	Podanie środka cieniującego w celu wykonania tomografii komputerowej.

Oświadczam, że:

☐	☐	nie zataiłem(-łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym,
☐	☐	w ciągu 4 godzin nie przyjmowałem(-łam) pokarmów.
☐	☐	przekazano mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący informacje o badaniu tomografii komputerowej z podaniem środka kontrastującego (w tym o ryzyku ewentualnych powikłań) a ja wyrażając przedmiotową zgodę nie mam żadnych dodatkowych wątpliwości, co do powyższego badania.

....
(data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego)
(W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

** Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna do wglądu w siedzibie Spółki i na stronie internetowej Szpitala Czerniakowskiego sp. z o. o.*