

Data:

Ankieta diagnostyczna przed badaniem tomografii komputerowej (TK)

A. Dane pacjenta

Nazwisko i imię:
PESEL:
Data urodzenia:
Adres:
Telefon:
Adres e-mail:
Płeć:
Waga:
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

B. Informacje o badaniu

Numer badania:
Rodzaj badania:
Dawka:
eGFR:
Środek kontrastowy dożylnie (rodzaj i dawka):

Personel realizujący:
lekarz zmianowy
pielęgniarka
technik elektroradiologii

Dodatkowa dokumentacja medyczna:	TAK		NIE	
----------------------------------	-----	--	-----	--

Historia choroby/ Powód zgłoszenia się na badanie:

.....
.....
.....

C. Kwestionariusz

Wypełnienie kwestionariusza powinno nastąpić po zapoznaniu się z dołączoną broszurą informacyjną.

Przed wykonaniem badania TK niezbędne jest wypełnienie poniższego kwestionariusza, poprzez zaznaczenie znakiem X odpowiedzi „TAK” lub „NIE”. Jeśli na któreś z pytań udzielono odpowiedzi „TAK”, należy podkreślić lub dopisać właściwe informacje. Rzetelne i czytelne wypełnienie poniższego kwestionariusza pozwoli na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem. Wszystkie informacje medyczne objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź:

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy jest Pan(i) uczulony (-a) na jod?		
Czy jest Pan(i) uczulona na leki, pokarmy, substancje chemiczne? Jeśli tak, to na jakie?.....		
Czy miał (-a) Pan(i) badanie z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego?		
Czy po podaniu jodowego środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak, to jakie?.....		
Czy miał(a) Pan(i) operacje nerek? Jeśli tak, to kiedy (podać rok)?.....		

Czy zdiagnozowano u Pana(-i):		TAK	NIE	TAK	NIE
astmę oskrzelową, POCHP (przewleklą obturacyjną chorobę płuc)?			nadczynność/ niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, proszę napisać czy jest Pan(i) leczony(-a) i jakim lekiem.....		
niewydolność nerek?			cukrzycę?		
atopię wymagającą leczenia?			zaburzenia czynności nerek?		
chorobę z autoagresji (np. RZS, toczeń układowy, łuszczycę)?			białkomocz?		
nadciśnienie tętnicze?			dnę moczanową?		
chorobę serca (np. niewydolność krążenia, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca)?			szpiczaka mnogiego?		
chorobę układu nerwowego (np. udar, padaczkę, utratę przytomności)?			nużliwość mięśni (<i>miasthenia gravis</i>)		

Czy aktualnie przyjmuje Pan/Pani którekolwiek z następujących leków:					
	TAK	NIE		TAK	NIE
Metformina UWAGA! Pacjenci leczenia doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48h przed i 24h po badaniu z podaniem jodowego środka kontrastowego!					
	TAK	NIE		TAK	NIE
Interleukina 2			leki przeciwbólowe		
NLPZ (niesteroidowe leki przeciwzapalne)			leki przeciwwymiotne		
Aminoglikozydy			pochodne fenotiazyny		
β-blokery			cyklosporyna		
leki przeciwdepresyjne			neuroleptyki		

D. Oświadczenia (proszę zaznaczyć znakiem **X** odpowiednią kratkę)

- Oświadczam, że nie zataiłem(-am) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach.
- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie przyjmowałem(-am) pokarmów.
- Zostałem(-am) poinformowany o kosztach związanych z wykonaniem badania TK i zobowiązuję się do ich pokrycia według obowiązującego cennika RESONICA Połetek iWspólnicy sp. j. (nie dotyczy w przypadku realizacji badań bezpłatnych).
- Po zapoznaniu się z dołączoną broszurą informacyjną dotyczącą badania TK:**
- Wyrażam świadomą zgodę/ nie wyrażam zgody*** na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania jonizującego.
- Wyrażam świadomą zgodę/nie wyrażam zgody*** na podanie środka kontrastowego (doustnie, dożylnie).
- Zostałem(-am) w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowany(-a) o rodzaju i znaczeniu badania oraz związanego z nim ryzykiem wystąpienia powikłań. Wszelkie wątpliwości wyjaśniono mi w pracowni TK. W przypadku braku zgody lub braku możliwości w z akresie podania środka kontrastowego, przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.
- Zgadzam się/ nie zgadzam się** na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnym stanem współczesnej wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja.
- Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych **upoważniam:**
.....
- Nie upoważniam** nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.
- Do uzyskania kopii dokumentacji medycznej (w tym wyniku badania) **upoważniam:**
.....
- Nie upoważniam** nikogo do uzyskania kopii dokumentacji medycznej (w tym wyniku badania).
- Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z klauzulą informacyjną dot. RODO.
- Wyrażam zgodę** na udostępnienie kopii wyniku badania TK w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data i czytelny podpis rodzica lub przedstawiciela ustawowego)**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL:.....

Przed przystąpieniem do wypełniania ankiety, kwestionariusza i oświadczeń, należy dokładnie zapoznać się z niniejszą broszurą informacyjną.

Badanie za pomocą tomografii komputerowej (bez lub z podaniem środka kontrastowego) to wysokospecjalistyczna procedura, w której wykorzystuje się promieniowanie rentgenowskie. Wykonuje się je wyłącznie na podstawie skierowania lekarskiego. Zastosowanie tej metody powoduje napromieniowanie Pacjenta w czasie badania. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny- dlatego badanie je wykorzystujące obarczone jest ryzykiem związanym z jego działaniem oraz możliwością wystąpienia działań niepożądanych podanych środków kontrastowych. Dawki promieniowania mogą być różne (zależą to od protokołu badania), natomiast mieszczą się w dopuszczalnych zakresach do celów diagnostycznych. Skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe- jeśli Pacjent został wcześniej poddany innym procedurom z użyciem promieniowania rentgenowskiego lub był leczony napromieniowaniem- należy to zgłosić personelowi medycznemu przed przystąpieniem do badania.

Przed badaniem należy okazać dokument tożsamości ze zdjęciem oraz dodatkową dokumentację medyczną (tj. wyniki poprzednich badań obrazowych- obrazy oraz opisy, a także aktualny wynik badania kreatyniny, tj. do 14 dni od daty jego wydania).

Istotnym przeciwwskazaniem do wykonania badania TK jest ciąża- wynika to z faktu szkodliwego wpływu promieniowania rentgenowskiego na rozwój płodu i w konsekwencji możliwość wystąpienia wad rozwojowych płodu i dziecka po urodzeniu. W przypadku stwierdzenia ciąży, badania mogą zostać wykonane wyłącznie w warunkach klinicznych, w stanie zagrożenia zdrowia i życia matki, za jej wiedzą i świadomą zgodą oraz po przekazaniu matce pełnej informacji medycznej o możliwych do wystąpienia powikłaniach dla płodu i dziecka.

Bezwzględne przeciwwskazania do podania jodowego środka kontrastowego obejmują: brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie badania, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na jod (obecność któregośkolwiek z wyżej wymienionych należy zgłosić personelowi pracowni).

Względne przeciwwskazania obejmują: uczulenie na leki, środki kontrastowe podawane wcześniej, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, choroby tarczycy, zażywanie leków z grupy β -blokerów, grupy biguanidów, interleukiny 2/ interferonu (występowanie któregośkolwiek z wyżej wymienionych należy zgłosić personelowi pracowni).

W przypadku wątpliwości Pacjenta, polecamy w pierwszej kolejności wyjaśnić je z lekarzem kierującym na badanie, a następnie z personelem pracowni.

O podaniu środka kontrastowego ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

W przypadku zażywania doustnych leków przeciwcukrzycowych zawierających METFORMINĘ (np. METFORMAX, SIOFOR, GLUCOPHAGE, FORMETIC, METRAL, METIFOR, GLUFORMIN) należy skonsultować się z lekarzem specjalistą. Pozostałe leki przyjmowane na stałe powinny się zażyć bez zmian. W razie wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem kierującym na badanie.

Po dożylnym podaniu jodowego środka kontrastowego mogą wystąpić działania niepożądane- zazwyczaj łagodne lub umiarkowanie nasilone i przemijające- jak np. uczucie gorąca, metaliczny posmak w ustach, zaczerwienienie twarzy, nudności, wymioty, wysypka. Każde niepokojące odczucie lub gwałtowne pogorszenie się samopoczucia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone personelowi pracowni. Bezpośrednio po wykonaniu badania z kontrastem, ze względów bezpieczeństwa zaleca się pozostanie na obserwacji na terenie pracowni przez 15-30 minut.

Dla Pacjenteń karmiących: można normalnie kontynuować karmienie piersią.

Bardzo ważne jest, aby Pacjent przed wykonaniem badania był nawodniony, tj. w dniu badania oraz na dzień przed nim zalecane jest dodatkowe spożycie około 1,5 l płynu obojętnego (wody niegazowanej). W celu szybszego wyeliminowania kontrastu zaleca się większe spożycie płynów również po wykonaniu badania.

Na 6 godzin przed badaniem z możliwym podaniem kontrastu nie należy spożywać pokarmów. Do badania należy zgłosić się w wygodnym ubraniu, pozbawionym metalowych elementów. Biżuterię, telefon komórkowy, klucze i wartościowe przedmioty pozostawia się w wyznaczonym miejscu. Do badania jamy brzusznej i miednicy mniejszej może zająć konieczność wcześniejszego (tj. 1,5-2h przed wykonaniem badania) przyjęcia rozcieńczonego środka kontrastowego doustnie. Szybkie, doustne podanie środka kontrastowego może powodować biegunki. Dla prawidłowego uzyskania obrazów i minimalizacji narażenia Pacjenta na przyjęcie większej dawki promieniowania, konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

WAŻNE: w Pracowni Tomografii Komputerowej RESONICA przyjmuje się pacjentów od 10 r. ż. Wykonanie badania pacjentom małoletnim oraz w wieku dojrzewania musi być poprzedzone precyzyjnymi wskazaniem. Fakt narażenia takiego pacjenta na działanie promieniowania rentgenowskiego musi zostać odnotowany w Książeczce Zdrowia Dziecka. Zawsze w miarę możliwości należy stosować osłony indywidualne.

Ja, niżej podpisany(-a) oświadczam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje, oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego. Zostałem(-am) pouczony(-a) o możliwych do wystąpienia powikłaniach badania TK, skutkach ubocznych w związku z działaniem promieniowania rentgenowskiego i powikłaniach po podaniu jodowego środka kontrastowego, jak również pouczono mnie o ograniczonej wartości diagnostycznej badania TK w razie niewyrażenia zgody na badanie z podaniem jodowego środka kontrastowego. Mogłem(-am) wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości. Instrukcje personelu medycznego zrozumiałem(-am)- nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje oraz że są one zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL:.....

POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z WYKONANIEM BADANIA TK

a) skutki bliskie i odległe narażenia na działanie promieniowania rentgenowskiego:

każda ekspozycja diagnostyczna powoduje pochłonięcie określonej dawki promieniowania rentgenowskiego, co niesie za sobą ryzyko uszkodzenia płodu (w przypadku ciężarnych) oraz ryzyko uszkodzenia innych narządów (m. in.: rogówki gałek ocznych, gonad, tarczycy), może wzrosnąć nieznacznie ryzyko zapadnięcia na choroby nowotworowe,

dawki : są różne, w zależności od rodzaju badania i zastosowanego protokołu, a także badanej okolicy ciała i masy pacjenta, niektóre narządy (np. rogówka gałki ocznej, tarczyca, narządy rozrodcze) są szczególnie wrażliwe na promieniowanie rentgenowskie, dlatego należy je w miarę możliwości osłaniać osłonami osobistymi (osłony zawierające ołów),

bardziej wrażliwe na pochłanianie promieniowania rentgenowskiego są dzieci i osoby w okresie dojrzewania, dlatego celowość tego typu badań radiologicznych u dzieci i osób niepełnoletnich musi być bardzo dokładnie określona, zawsze w miarę możliwości należy stosować osłony indywidualne,

b) następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania- np. duszność).

POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z DOŻYLNYM PODANIEM JODOWEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO

a) miejscowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd),

b) ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. zaburzenia rytmu serca- arytmie, zaburzenia ciśnienia krwi, zaburzenia oddechowe- duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli, zaburzenia neurologiczne- zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności, mieszane- zatrzymanie krążenia i oddychania),

c) powikłania mogą mieć charakter lekki (łagodny), średni (umiarkowany) i ciężki (poważny)- do zatrzymania krążenia i oddechu włącznie,

d) powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po podaniu środka kontrastowego) lub późne (niewydolność nerek, nefropatia pokontrastowa).

POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z ZAŁOŻENIEM WENFLONU I WYNACZYNIENIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO POZA ŻYŁĘ

a) uszkodzenia naczynia krwionośnego,

b) krwiak podskórny,

c) zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,

d) rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego,

e) lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę,

f) zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe- martwica tkanek miękkich.

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA, OBJAŚNIENIA:

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku pacjentów 16-18 r.ż. wymagana jest zgoda równoległa osoby badanej oraz jej rodzica lub przedstawiciela ustawowego

- w przypadku wybrania danej opcji, wpisać w środek kartki znak **X**

w przypadku wybrania danej opcji, wpisać w środek kratki znak **X**