

Data:

## Ankieta diagnostyczna przed badaniem tomografii komputerowej (TK)

### Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

Adres e-mail:

Płeć:

Waga:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

### 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	
---------------------------------	-----	--	-----	--

Pacjent zobowiązuje się do dostarczenia dodatkowej dokumentacji medycznej do 24h od momentu wykonania badania. W przeciwnym wypadku badanie zostanie opisane bez uwzględnienia dokumentacji dodatkowej.	TAK		NIE	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--	-----	--

**WAŻNE:** badanie może zostać porównane z poprzednim badaniem TK, tylko jeżeli Pacjent dostarczy płytę CD oraz opis badania.

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.

### Historia choroby/ Powód zgłoszenia się na badanie:

.....

.....

.....

### Dotyczy tylko kobiet

Czy jest Pani w ciąży?	TAK		NIE	
Czy karmi Pani piersią?	TAK		NIE	

### Broszura informacyjna dla pacjentów przed wykonaniem badania TK

**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 wyskosp specjalistyczna 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.

Do badania należy zgłosić się w wygodnym ubraniu, pozbawionym metalowych elementów. Biżuterię, telefon komórkowy, klucze i wartościowe przedmioty pozostawia się w wyznaczonym miejscu.

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.

**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 wskazaniami. Fakt narażenia takiego pacjenta na działanie promieniowania rentgenowskiego musi zostać odnotowany w Książeczce Zdrowia Dziecka. Zawsze w miarę możliwości należy stosować osłony indywidualne.

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL: .....

.....  
podpis Pacjenta, rodzica lub przedstawiciela ustawowego

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).

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. Zostałem(-am) pouczony(-a) o możliwych do wystąpienia powikłaniach badania TK, skutkach ubocznych w związku z działaniem promieniowania rentgenowskiego. 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.

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

- Oświadczam, że nie zataiłem(-am) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach.
- Zostałem(-am) poinformowany o kosztach związanych z wykonaniem badania TK i zobowiązuję się do ich pokrycia według obowiązującego cennika RESONICA Połetek i Wspólnicy sp. j. (nie dotyczy w przypadku realizacji badań bezpłatnych).
- Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania jonizującego.
- 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.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnym stanem współczesnej wiedzy medycznej, jeżeli będzie tego wymagała sytuacja.

Upoważniam inną osobę do informacji o moim stanie zdrowia

- Tak, dane osoby upoważnionej .....
- Nie

Upoważniam inną osobę do uzyskania kopii dokumentacji medycznej

- Tak, dane osoby upoważnionej .....
- Nie

- Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z klauzulą informacyjną dot. RODO. Klauzula RODO dostępna na stronie [www.resonica.pl](http://www.resonica.pl) lub w pracowni.

- Wyrażam zgodę** na udostępnienie kopii wyniku badania TK w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail.

.....

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL: .....

.....  
podpis Pacjenta, rodzica lub przedstawiciela ustawowego