

Data:

Ankieta diagnostyczna przed badaniem tomografii komputerowej (TK) z podaniem środka kontrastującego

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.

Historia choroby/ Powód zgłoszenia się na badanie:

.....

.....

.....

.....

.....

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? (tyczy się kobiet)		
Czy karmi Pani piersią? (tyczy się kobiet)		
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 Pan(i) niewydolność nerek		
Czy zdiagnozowano u Pan(i) astmę, alergię wymagającą leczenia		
Czy aktualnie przyjmuje Pan(i) na stałe leki na nadczynność tarczycy (Thyrozol/Metizol)		
Czy aktualnie przyjmuje Pan(i) na stałe leki na nadciśnienie tętnicze lub chorobę serca		
Czy aktualnie przyjmuje Pan(i) na stałe leki przeciwnowotworowe		
Czy aktualnie przyjmuje Pan(i) na stałe leki na padaczkę		

Dotyczy tylko badania serca

Czy zdiagnozowano u Pan(i) chorobę serca (choroba wieńcowa/niedokrwienność, zaburzenia rytmu, niewydolność)		
Czy zdiagnozowano u Pan(i) nadciśnienie tętnicze		

Karta możliwych powikłań związanych z badaniem

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 zarodka i płodu (w przypadku ciężarnych) oraz ryzyko uszkodzenia innych narządów (m... in.: soczewki oka, 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,

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. W przypadku braku zgody lub braku możliwości w zakresie podania środka kontrastowego, przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.
- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie przyjmowałem(-am) pokarmów.
- Wyrażam świadomą zgodę** na podanie środka kontrastowego (doustnie, dożylnie).
- 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 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