



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

im. Św. Rafała w Czerwonej Górze

ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny
 Tel.: 041 34-655-45, fax.: 041 34-655-67
 KRS: 0000009315, NIP: 959 12 89 964, Regon: 000296213
www.czerwonagora.pl, czerwonagora@czerwonagora.pl
 Nr księgi rejestrowej 000000014607
 NR UMOWY Z NFZ 13-SZP03/1-11-00191-010

ZGODA PACJENTA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko

Pacjenta:

Data urodzenia Pacjenta: PESEL Pacjenta:

W przypadku osoby małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody,

imię i nazwisko, PESEL oraz adres zamieszkania przedstawiciela

ustawowego:

.....

II Kierujący:

(nazwa, kod resortowy V, VII i VIII)

III Informacja n/t badania Tomografii Komputerowej (TK):

Tomografia Komputerowa jest metodą diagnostyczną wykorzystującą promieniowanie rentgenowskie, pozwalająca na uzyskanie obrazu narządów i tkanek o bardzo dużej dokładności.

Badanie jest wykonywane przez technikę RTG pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od kilku do kilkunastu minut.

Główną zaletą badania w stosunku do innych badań radiologii konwencjonalnej jest możliwość odróżnienia od siebie poszczególnych frakcji tkanek miękkich ustroju.

Badanie jest bezbolesne. Pacjent leży na stole, wsuwany jest do tunelu aparatu TK, pozostając cały czas w kontakcie z techniką i pielęgniarką. Pozostawanie w bezruchu w trakcie badania umożliwia wykonanie czytelnych przekrojów.

IV Możliwe powikłania podczas badania:

W większości badań TK konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego - w TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej również doustne.

O podaniu środka kontrastowego decyduje lekarz radiolog!

Aktualnie stosuje się nowoczesne, jodowe/niejonowe środki kontrastowe, cechujące się niskim ryzykiem działań niepożądanych. Działania niepożądane są zwykle przejściowe i mają niewielkie nasilenie, jednak opisywano również reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu. Powikłania, które mogą wystąpić:

Lekkie - nudności, wymioty, pokrzywka, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie, uczucie ciepła

Umiarkowane - omdlenie, obrzęk twarzy, krtani, skurcz oskrzeli

Ciężkie - drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie krążenia, zgon.

Jeśli po podaniu środka kontrastowego pojawi się ból głowy, kołatanie serca lub inne niepokojące objawy pacjent powinien natychmiast powiadomić o tym lekarza, technikę lub pielęgniarkę.

V Aby ograniczyć do minimum ryzyko prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

Czy choruje Pan/Pani na choroby: nerek, tarczycy, astmę, cukrzycę, padaczkę? TAK ☐ NIE ☐

Jeżeli TAK, to proszę podać jakie:

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe po podaniu środków farmaceutycznych? TAK ☐ NIE ☐

Jeżeli TAK, to proszę podać jakie:

Czy kiedykolwiek miała Pan/Pani wykonywane badanie CT/MRI/ANGIO z użyciem środka kontrastowego?

TAK ☐ NIE ☐

Czy po badaniach z użyciem środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe? TAK ☐ NIE ☐

Dotyczy kobiet: Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐

Imię i nazwisko, PESEL pacjenta:

VI Oświadczenie pacjenta:

1. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawioną informację na temat sposobu wykonania badania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem Tomografii Komputerowej, w tym z podaniem środka kontrastowego.
2. Udzieliłem/am prawidłowych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Jestem świadomy/a, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.
3. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący.
4. Wyrażam zgodę na wykonanie Tomografii komputerowej: TAK ☐ NIE ☐
5. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę: TAK ☐ NIE ☐
6. W przypadku wykonania badania w znieczuleniu ogólnym wyrażam na to zgodę: TAK ☐ NIE ☐

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania Tomografii Komputerowej

Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania):

.....
.....

Nie wyrażam zgody na podanie środka kontrastowego

Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy podania środka kontrastowego):

.....
.....