

Tytuł formularza:	ZGODA PACJENTA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	Numer formularza	F-4/PR-01
		Wersja	3
		Obowiązuje od dnia:	20.11.2023
		Strona/stron	1 z 2

I - Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Dane pacjenta:	Imię i nazwisko:	PESEL:
	Adres zamieszkania:	Nr księgi głównej:
		Data urodzenia:

W przypadku osoby małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, dane opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres zamieszkania:	

II - Dane jednostki kierującej:

Nazwa komórki org./jednostki:	
Kody resortowe: V: VII: VIII:	<i>Podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji:</i>

III - Informacja na temat badania:

Tomografia Komputerowa (TK) jest metodą diagnostyczną wykorzystująca promieniowanie rentgenowskie, pozwalająca na uzyskanie obrazu narządów i tkanek o bardzo dużej dokładności. Badanie jest wykonywane przez technika 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 technikiem i pielęgniarką. Pozostawanie w bezruchu w trakcie badania umożliwia wykonanie czytelnych przekrojów.

V - 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, chryпка, 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, Technika lub Pielęgniarkę.

VI - Aby ograniczyć do minimum ryzyko prosimy o wypełnienie poniższej ankiety:

1. Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <i>*jeżeli TAK, to proszę podać jakie:.....</i>	TAK*	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? <i>*, jeżeli TAK, proszę podkreślić właściwe</i>	TAK*	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie CT/MRI/ANGIO z użyciem środka kontrastowego?	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania CT/MRI/ANGIO wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Dotyczy kobiet:</i> Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII - Oświadczenie pacjenta:

- Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawioną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłań w związku z badaniem tomografii komputerowej, w tym z podaniem środka kontrastowego.
- Udzieliłem/am prawidłowych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Jestem świadomy/ma, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.
- Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Tytuł formularza:	ZGODA PACJENTA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	Numer formularza	F-4/PR-01
		Wersja	2
		Obowiązuje od dnia:	15.11.2023
		Strona/stron	2 z 2

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL:

4. Wyrażam zgodę na wykonanie tomografii komputerowej

*w przypadku braku zgody proszę o uzasadnienie odmowy.....

TAK **NIE***

5. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastu dożylnie wyrażam na to zgodę

*w przypadku braku zgody proszę o uzasadnienie odmowy.....

TAK **NIE***

6. W przypadku konieczności wykonania badania w znieczuleniu ogólnym wyrażam na to zgodę

*w przypadku braku zgody proszę o uzasadnienie odmowy.....

TAK **NIE***

Data:

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego: