

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM [TK] Z KONTRASTEM

WYPEŁNIA PACJENT

O tym, jak należy przygotować się do badania, można przeczytać na www.wizjamed.pl

Badanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie i powoduje napromieniowanie pacjenta w czasie badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe – jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był leczony napromieniowaniem – należy ten fakt zaznaczyć w ankiecie z podaniem, kiedy się ono odbyło.

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Imię i nazwisko | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Adres | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| Telefon | <input type="text"/> | Waga | <input type="text"/> | PESEL | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

| Pytania dotyczące kobiet | TAK / NIE | TAK / NIE | |
|--------------------------|---|-------------------------|---|
| Czy jest Pani w ciąży? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Czy karmi Pani piersią? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

1. Czy kiedykolwiek wcześniej wykonano Pani/Panu badania tomografem komputerowym badanej okolicy?

2. W jakiej pracowni diagnostycznej wykonano Pani/Panu badanie tomografem komputerowym badanej okolicy?

3. Kiedy wykonano Pani/Panu badania tomografem komputerowym badanej okolicy? _____

Czy w ciągu ostatnich dwóch lat wykonano Pani/Panu badanie tomografem komputerowym innej okolicy ciała?

Jeśli TAK, to kiedy _____ i jakie _____ ?

4. Proszę podać dolegliwości związane z badaną okolicą ciała _____

5. Czy była/był Pani/Pan kiedykolwiek operowana/ny?

Jeśli TAK, to kiedy i jaki rodzaj operacji? (dotyczy badanego narządu). _____

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

| | TAK / NIE | TAK / NIE | |
|---|---|---|---|
| Czy jest Pani/Pan na czczo (4-6 godzin)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Czy choruje Pani/Pan na nadczynność tarczycy? | <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> |
| Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | *Jeżeli TAK- do badania konieczne jest dostarczenie wyników poziomu TSH | <input type="text"/> |
| Czy po podaniu kontrastu wystąpiła reakcja alergiczna? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę? | <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> |
| Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jod? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | *Proszę podać nazwy leków: | <input type="text"/> |
| Czy przyjmuje Pani/Pan beta blokery np. Metocard, Betalok, Bisocard lub inne? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Czy choruje Pani/Pan na serce lub ma jakiejkolwiek dolegliwości ? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową lub alergię? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Czy ma Pani/Pan upośledzoną czynność /niewydolność nerek lub jest Pani/Pan poddawana/y dializie? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana omdlenia? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM [TK] Z KONTRASTEM

WYPEŁNIA PACJENT

Do badania Pacjent dostarczył:

CD klisze dokumentacja papierowa

Informujemy, że wyniki badania wydajemy pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta (wymagane upoważnienie pisemne złożone osobiście w rejestracji). Niedostarczenie przez pacjenta w dniu badania wyników poprzednich badań, uniemożliwia lekarzowi opisującemu porównanie obrazów aktualnych z wcześniejszymi.

Oświadczam, że ww. treść jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Czytelny podpis pacjenta

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wykonanie u mnie mojego dziecka mojego podopiecznego badania diagnostycznego z wykorzystaniem promieniowania jonizującego za pomocą tomografu komputerowego. Zostałam/łem poinformowana/ny o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałam/łem możliwość zadawania pytań i otrzymałam/łem zrozumiałą odpowiedź. Wyrażam zgodę na ponowne stawienie się na badanie, jeśli lekarz podczas opisu stwierdzi, że jest to konieczne.

Data

Czytelny podpis pacjenta

1. Informujemy, że po podaniu kontrastu mogą wystąpić niepożądane reakcje: zawroty głowy, senność, zaburzenia widzenia i smaku, pokrzywka, świąd, niepokój, uczucie duszności, uczucie ciepła lub gorąca, zaczerwienienie w miejscu podania lub krwiak, krwawienie w miejscu wkłucia, bóle głowy, pleców lub ból w klatce piersiowej, nudności, wymioty, obrzęk powiek, twarzy, krtani, zatrzymanie czynności oddechowej, nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zatrzymanie czynności serca.
2. Po podaniu środka kontrastowego pacjent pozostaje w poczekalni ok. 30 min. W przypadku złego samopoczucia należy zgłosić się do personelu medycznego.
3. W pierwszej dobie po badaniu zaleca się wypicie ok. 2,5 litra wody niegazowanej.
4. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z działaniami niepożądanymi, jakie mogą wystąpić po dożylnym podaniu środka kontrastowego i wyrażam zgodę na jego podanie.

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PACJENT WYKONUJĄCY BADANIE TK W RAMACH NFZ.

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że w dniu wykonania badania TK nie podlegam opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania TK nie wykonałam/łem badań diagnostycznych TK w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych. Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonywanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem (dotyczy badań NFZ).

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA wizjaMED

Zapoznałam/łem się z treścią niniejszej ankiety i skierowania.

ZALECAM/NIE ZALECAM
podanie kontrastu w ilości.

Data badania

Podpis pielęgniarki

Podpis technika

Podpis lekarza