

ANKIETA DO BADANIA EOS

WYPEŁNIA PACJENT

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

System EOS jako jedyny umożliwia jednoczesne wykonanie dwóch prostopadłych obrazów całego szkieletu pacjenta w pozycji stojącej lub siedzącej używając mikrodawki promieniowania rentgenowskiego.

Badanie za pomocą EOS 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"/>				Adres e-mail	<input type="text"/>						
Wzrost	<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. Badany narząd / okolice ciała _____

2. Czy wykonywano kiedykolwiek wcześniej Pani/Panu badanie diagnostyki obrazowej danej części ciała:

- RTG
- Tomografię Komputerową
- Rezonans Magnetyczny

Kiedy odbyło się badanie? _____

3. Proszę podać dolegliwości związane z badaną okolicą ciała _____

	TAK / NIE
4. Czy jest Pani / Pan pod opieką lekarza specjalisty?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Czy była/był Pani/Pan kiedykolwiek operowana/ny?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jeśli **TAK**, to kiedy i jaki rodzaj operacji? _____

ANKIETA DO BADANIA EOS

WYPEŁNIA PACJENT

Przeciwwskazaniem do badania EOS jest ciąża. Kobiety w ciąży powinny poinformować o swoim stanie przed badaniem. Ze względu na zdrowie dziecka, badanie kobiet w ciąży, wykonywane jest tylko w sytuacjach zagrożenia życia.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z ww. informacjami i wyrażam zgodę na wykonanie badania EOS zgodnie ze skierowaniem.

Oświadczam, że zostałam/zostałem zapoznana/zapoznany z ryzykiem związanym z działaniem promieniowania jonizującego.

Data

Czytelny podpis pacjenta

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

Data

Czytelny podpis pacjenta

UWAGI

WYPEŁNIA wizjaMED

Zapoznałam/tem się z treścią niniejszej ankiety i skierowania.

Data badania

Podpis technika

Podpis lekarza