



ANKIETA

PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK/CT)

Prosimy o dokładnie i czytelnie wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne

Data badania Płeć

K	M
---	---

Nazwisko i Imię..... Wzrostcm.

Data urodzenia/PESEL Wagakg.

Numer telefonu

Badanie tomografii komputerowej wykonuje się przy pomocy promieniowania rentgenowskiego i jest ono obarczone ryzykiem związanym z jego działaniem oraz możliwością niepożądanego działania środków kontrastowych. Badanie może być wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza – skierowanie powinno zawierać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wykonania procedury.

Do badania tomografii komputerowej może być konieczne podanie dożylnego środka kontrastowego. W takim przypadku należy wykonać w laboratorium badanie krwi w celu określenia **poziomu kreatyniny oraz czynnika GRF (ważne 7 dni)**. W przypadku podniesionego poziomu kreatyniny pacjent powinien zgłosić się do lekarza POZ. Pacjenci z chorobami tarczycy powinni wykonać badanie krwi w kierunku określenia TSH, FT3 oraz FT4. Dwa dni przed badaniem i dwa dni po badaniu należy wypić po 2,5 litra niegazowanego napoju dziennie. W dniu badania pacjent pozostaje **6 GODZIN NA CZCZO** i powinien być **NAWODNIONY**, tzn. pić wodę przynajmniej przez 6 godzin przed badaniem. Na 1 godzinę przed badaniem nie pić.

Pacjentki karmiące nie powinny karmić przez 24 godziny po badaniu.

W przypadku zażywania leków METFORMIN (AVAMINA, EFORM, FORMETIC, GLUCOPHAGE, METIFOR, METFORMINA, SIOFOR) należy skonsultować się z lekarzem oraz odstawić leki na 48 godzin przed badaniem i 48 godzin po badaniu. Pozostałe leki stałe powinny być przyjmowane bez zmian. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem kierującym na badanie.

Przed badaniem należy przedstawić pełną dokumentację medyczną związaną ze schorzeniem, którego dotyczy badanie TK, poprzednie wyniki TK lub RTG (płyty CD, opisy, USG, karty informacyjne ze szpitala

Przeciwwskazaniem bezwzględny do wykonania badania TK jest **cięża**.

Przeciwwskazaniem bezwzględny do podania jodowego środka kontrastowego jest:

Brak pisemnej świadomej zgody na wykonanie, ostre wole toksyczne tarczycy, cięża, uczulenie na jod (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu Pracowni)

Przeciwwskazaniem względnym może być uczulenie na leki, środki kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, choroby tarczycy, zażywanie leków z grupy B-blokerów, grupy biguanidów, interleukiny 2, interferonu.

Wszystkie zaistniałe sytuacje należy zgłosić personelowi medycznemu Pracowni przed wykonaniem badania. W przypadku wątpliwości należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym Pracowni. O podaniu kontrastu ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z podaniem kontrastu przez około 15-30 minut.

W trosce o państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelnie wypełnienie ankiety.
 Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem

PROSZĘ ZAZNACZYĆ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ – X	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży ?		
Czy karmi Pani piersią ?		
Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jod, preparaty jodu ?		
Czy miał(a) Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu ?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe ?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne (lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy ? Jeśli TAK proszę wymienić jakie :		
Czy jest Pan/Pani na czczo ? Jeśli nie, ile godzin pozostaje Pan/Pani bez posiłku/ spożywania płynów		
Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy ?		
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek ?		
Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca ? Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwą odpowiedź		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę ? Jeśli TAK, proszę wymienić jakie leki Pan/Pani przyjmuje:		
Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego ? (udar, padaczka, utrata przytomności		
Czy została Panu/Pani przekazana informacja o możliwości podania dożylnego środka kontrastowego ?		
Czy aktualnie przebywa Pan/Pani w szpitalu Jeśli TAK, proszę podać placówkę, oddział :		
Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani wykonane badanie TK/ MR/ ANGIOGRAFIE Jeśli TAK, kiedy było/były wykonane badania ?		
Czy pozostawia Pan/Pani dokumentację medyczną ? W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę wpisać?		
Rodzaj Badania (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)	ILOŚĆ PLYT	ILOŚĆ DOKUMENTACJI PAPIEROWEJ

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała za zakresłone odpowiedzi są zgodne z prawdą

TAK	NIE
-----	-----

.....
 Data i podpis pacjenta

.....
 Data i podpis dziecka po ukończeniu 16 r.ż.

.....
 Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ ORAZ EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

W niektórych rodzajach badań wymagane jest dożylne podanie środka kontrastowego celem dokładniejszego uwidocznienia narządów wewnętrznych i struktur anatomicznych. Niekiedy środki kontrastowe mogą wywołać działania niepożądane. Gdyby tak się zdarzyło otrzyma Pan/Pani pomoc i zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Większość działań niepożądanych ma przebieg łagodny i krótko trwałe i ustępuje samoistnie.

Możliwe działania niepożądane po podaniu jodowych środków kontrastowych:

- ✓ często- bóle głowy, nudności, uczucie gorąca
- ✓ sporadyczne – zmiany ciśnienia krwi, suchość w ustach, wymioty, biegunka, zawroty głowy, nadmierne pocenie się, uczucie osłabienia, dreszcze, podwyższona temperatura, swędzenie skóry, wysypka, pokrzywka, omdlenie, zgaga, ból w jamie brzusznej, ból mięśni, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, ból w klatce, wynaczynienie środka kontrastowego
- ✓ wyjątkowo rzadko – drgawki, zapalenie trzustki, obrzęk płuc, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia, wzrost ciśnienia płynu w mózgu (nadciśnienie śródczaszkowe), wstrząs anafilaktyczny.

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani ciążę ? TAK/NIE (zaznaczyć właściwe)

Ja niżej podpisany/a potwierdzam, że zapoznałem/a się z w/w informacjami i SA one dla mnie zrozumiałe i wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości. Jednocześnie oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na badanie Tomografii Komputerowej Data i pacjenta lub prawnego opiekuna	Nie wyrażam zgody na badanie Tomografii Komputerowej Data i pacjenta lub prawnego opiekuna
---	---

W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy

Wyrażam zgodę na ewentualne dożylne podanie środka kontrastowego Data i pacjenta lub prawnego opiekuna	Nie wyrażam zgodę na ewentualne dożylne podanie środka kontrastowego Data i pacjenta lub prawnego opiekuna
Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:..... Data podpis lekarza nadzorującego badanie	Potwierdzam że pacjent został poinformowany o sposobie badania i powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonych procedur Data podpis lekarza nadzorującego badanie

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA TK Z KONTRASTEM

- Proszę o wykonanie badania poziomu kreatyniny we krwi **7 dni przed badaniem**
- 6 godzin przed badaniem należy nie spożywać żadnych posiłków i nie pić innych płynów niż woda
- 2 dni przed badaniem proszę pić dużo wody niegazowanej (min 1-1,5 litra)
- W ciągu ostatniej godziny przed badaniem proszę nie pić
- W przypadku badania jamy brzusznej lub / i miednicy małej godzinę przed badaniem proszę wypić dużo wody niegazowanej (pełny pęcherz moczowy)
- W przypadku nadciśnienia proszę w dniu badania przyjąć normalnie leki
- W przypadku cukrzycy proszę po konsultacji z lekarzem na 48 godzin przed badaniem i 48 godzin po badaniu nie przyjmować leków zawierających **metforminę**.
- W przypadku choroby tarczycy proszę dostarczyć aktualne wyniki **7 dni przed badaniem** wykonać TSH, FT3, FT4
- Proszę zabrać wyniki poprzednich badań (TK, MR, USG, inne)

Proszę o zgłoszenie się na badanie min na **10 minut** przed wyznaczoną godziną badania
Wyznaczona godzina badania może ulec przesunięciu

NAZWY LEKÓW ZAWIERAJĄCYCH METFORMINE:

AVAMINA, BTVORM, FORMESTIO, FORMETIC, GLUCOPHAGE, JANUMET, METFOGAMMA, METFORMAX, METFORMIN, METIFOR, METRAL, SIOFOR, SYMFORMIN, EUCREAS, KOMBOGLYZE, RISTFOR, XIGDUO, SYNJARDY, SEGLUROMET

Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o. o.

59-400 Jawor, ul Szpitalna 3

Tomografia komputerowa

tel. 799 070 501