

**ANKIETA DLA PACJENTA KIEROWANEGO NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)
ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Nazwisko i Imię pacjentaPESEL

Prosimy o dokładne przeczytanie i odpowiedzenie na wszystkie pytania zawarte w ankiecie.
Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.
Jeżeli ma Pan(i) jakieś wątpliwości, należy zwrócić się do personelu naszej pracowni. Dane z ankiety nie będą użyte do dalszego przetwarzania, stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

TAK lub NIE

| | |
|--|--|
| Czy miał(a) Pan(i) w przeszłości badanie tomografii komputerowej lub inne badanie z użyciem środka kontrastowego (np. urografia)? | |
| Jeżeli tak: czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe? Jakże: | |
| Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe (jod, leki, środki chemiczne)? Jeżeli tak , proszę wymienić na jakie: | |
| Czy choruje Pani/Pan na: | |
| - choroby tarczycy | |
| - choroby nerek | |
| - cukrzycę (czy zażywa doustne leki p-cukrzycowe – np. Metformin?) | |
| - astmę | |
| - nadciśnienie tętnicze | |
| Czy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne związane z badanym obszarem ciała? | |
| Jeżeli tak , to proszę napisać jakie i w którym roku: | |
| | |
| DOTYCZY KOBIET: jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży | |

ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem(am) i rozumiałem(am) zawartość ankiety. Zapoznałem(am) się z informacją dotyczącą badania i podania środka kontrastowego. Zrozumiałem(am) jej treść i miałem(am) możliwość wyjaśnienia moich wątpliwości w rozmowie z personelem medycznym pracowni diagnostycznej. Czuję się dostatecznie poinformowany(a).

TAK lub NIE

| | |
|---|--|
| <u>WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</u> | |
| <u>WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO</u> świadomy(a) możliwości wystąpienia objawów ubocznych. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi “NIE” przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy związanej z moją decyzją. | |

.....
data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
podpis pacjenta w wieku 16-18 lat

Podpis osoby przyjmującej ankietę

(personel Pracowni TK)