

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Nazwisko i Imię pacjenta data ur.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

UWAGI DOTYCZĄCE BADANIA

Badanie tomografii komputerowej (TK) wykonuje się z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. W przypadku podania dożylnego środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje niepożądane. Zwykle są one przejściowe i mają niewielkie nasilenie, jednak opisywano również reakcje o ciężkim przebiegu.

Najczęściej występującym objawem niepożądanym jest uczucie ciepła, nudności, wymioty, ból, pokrzywka, zawroty głowy. Inne możliwe działania niepożądane: obrzęk powiek, twarzy, nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Odpowiedzi prosimy ZAKREŚLIĆ **KÓŁKIEM.**

ANKIETA		
Proszę wpisać powód badania (objawy np. ból brzucha, urazy, planowane zabiegi, operacje, itp.) :		
Czy w przeszłości miał/a Pan/Pani wykonane badania tomografem komputerowym. Jeśli TAK Proszę wymienić jakie i czego dotyczyły:	TAK	NIE
Czy odbywały się one z podaniem środka kontrastowego?	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani jakieś skutki uboczne lub reakcja alergiczna? Jeśli TAK Proszę wymienić:	TAK	NIE
Czy miał Pan?Pani zabiegi operacyjne? wymieniń jakie/rok	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Jeśli TAK: jakie leki doustne Pan/Pani przyjmuje? Proszę wymienić:	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na nadczynność tarczycy lub inne choroby tarczycy?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani niewydolność nerek lub inne choroby nerek?	TAK	NIE

Czy choruje Pan/Pani na astmę, jest alergikiem lub jest na coś uczulony/a? Jeśli TAK , proszę wymienić na co:	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani na czczo – 5 godzin bez jedzenia i picia?	TAK	NIE

Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
------------------------	-----	-----

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania TK u mnie lub osoby pozostającej pod moją opieką prawną.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego dożylnie i założenie wenflonu.	TAK	NIE

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data Podpis pacjenta lub opiekuna