Formularz zgody na wykonanie badania tomografem komputerowym

Dane osobowe (wypełnia pacjent – drukowanymi literami, czytelnie)

imię i nazwisko: . . . . . .

PESEL: . . . . . | wiek: . . . . . *lat* | telefon: . . . . . | wzrost: . . . . . *cm* | waga: . . . . . *kg*

adres: . . . . . .

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

(właściwe odpowiedzi prosimy zaznaczyć stawiając znak „X” w odpowiednich kratkach)

Dlaczego wykonywane jest badanie? (proszę krótko opisać powód) *uraz, podejrzenie choroby (jeśli wiadomo - jakiej?), złe wyniki innych badań (jakich?), przed operacją (o ile wiadomo - jaką?)*	
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? Proszę wymienić 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 ☐

Formularz zgody na wykonanie badania tomografem komputerowym

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? *dotyczy tylko kobiet*	TAK ☐ | NIE ☐

Informacje dotyczące dokumentacji medycznej

1. Przez dokumentację medyczną rozumie się: wcześniejsze wyniki badań obrazowych (płyty CD z obrazem oraz opisy badań RM, TK, USG, RTG lub innych), dokumentację dotyczącą przebytych operacji i zabiegów.
2. W przypadku dostarczenia wymaganej dokumentacji medycznej po wykonanym badaniu, czas na sporządzenie opisu badania może się wydłużyć.
3. Dokumentacja medyczna (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce):

☐ Nie posiadam żadnej dokumentacji medycznej dotyczącej badanej okolicy anatomicznej (w tym opisów wcześniejszych badań rezonansem, tomografem, USG, RTG lub innych).

☐ Wszelką posiadaną dokumentację medyczną badanej okolicy anatomicznej udostępniłam/em w pracowni tomografii *(wymień jaką):* . . . . . .

. . . . . .

Odbiór wyniku badania – wypełnia pacjent (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

☐ Osobiście

☐ ON-LINE

☐ Upoważniam *(Imię, nazwisko, data urodzenia)* . . . . . .

Formularz zgody na wykonanie badania tomografem komputerowym

Informacje dotyczące dokumentacji medycznej (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

1. Nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebiegu leczenia, chorób oraz przyjmowanych leków, a wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym i biorę za nie pełną odpowiedzialność TAK ☐ | NIE ☐
2. Jestem świadoma/y wszystkich zagrożeń, powikłań i przeciwskazań związanych z badaniem tomografii komputerowej. TAK ☐ | NIE ☐
3. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie mi badania tomografii komputerowej TAK ☐ | NIE ☐
4. Wyrażam świadomą zgodę na udostępnienie i przetwarzanie moich danych osobowych podanych w **ramach tej ankiety** oraz w innej dokumentacji medycznej przekazanej mi przez pracownię w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym do komunikacji telefonicznej/SMS, odbioru wyników badania, dostępu do platformy z wynikami on-line TAK ☐ | NIE ☐

data i czytelny podpis

W przypadku Pacjenta niepełnoletniego (poniżej 18 roku życia) niniejszą ankietę dotyczącą wykonania badania oraz Oświadczenie Pacjenta podpisuje jego Opiekun Prawny.

Ja niżej podpisana/-any: Imię, Nazwisko, PESEL .....
wyrażam zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej mojego dziecka (Imię, Nazwisko Pacjenta)

.....

Data i podpis Opiekuna Prawnego: .....