Formularz zgody na wykonanie badania z kontrastem

I. Dane osobowe (wypełnia pacjent - drukowanymi literami, czytelnie)

imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... | adres: .....

telefon: ..... | wzrost: ..... *cm* | waga: ..... *kg*

II. Rodzaj badania (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

Tomografia komputerowa ☐ | Rezonanans magnetyczny ☐

III. Badany narząd lub okolica ciała

.....

Proszę uważnie przeczytać i odpowiedzieć na poniższe pytania. Wszystkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

WYPEŁNIA PACJENT - właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce

1. Czy występują u Pani/Pana choroby alergiczne lub reakcje nadwrażliwości (na leki, jod, środki kontrastowe lub inne substancje)? _____ TAK ☐ | NIE ☐

   (jeśli tak, proszę wymienić jakie): .....

   .....

2. Czy miała/miał Pani/Pan wykonywane badanie obrazowe z podaniem kontrastu? (np. TK, RM, urografia, angiografia, koronografia)? _____ TAK ☐ | NIE ☐

3. Czy podczas badania wystąpiły u Pani/Pana objawy niepożądane/reakcje uczuleniowe? ___ TAK ☐ | NIE ☐

   (jeśli tak, proszą podać jakie): .....

   .....

4. Czy choruje Pani/Pan na poniższe choroby lub schorzenia?

cukrzyca	TAK ☐ | NIE ☐
astma oskrzelowa, POCHP, inne ciężke choroby układu oddechowego	TAK ☐ | NIE ☐
niewydolność nerek	TAK ☐ | NIE ☐
nadczynność tarczycy	TAK ☐ | NIE ☐
choroba wieńcowa/przebyty zawał	TAK ☐ | NIE ☐
niewydolność serca	TAK ☐ | NIE ☐
nadciśnienie tętnicze	TAK ☐ | NIE ☐
zaburzenia rytmu serca	TAK ☐ | NIE ☐

5. Czy występują u Pani/Pana nagłe utraty przytomności/omdlenia podczas wkłucia igłą? ___TAK ☐ | NIE ☐

6. Czy przyjmuje Pani/Pan leki na stałe (np. metforminę)? _____TAK ☐ | NIE ☐
(jeśli tak, proszę wymienić jakie): .....
.....

Pytania wyłącznie dla kobiet:

7. Czy jest Pani, bądź istnieje podejrzenie, że jest Pani w ciąży? _____TAK ☐ | NIE ☐

8. Czy karmi Pani piersią? (jeżeli tak należy nie karmić piersią na 24h po badaniu TK) ____TAK ☐ | NIE ☐

IV. Możliwe działania niepożądane po podaniu kontrastu

Kontrast jest substancją obcą dla organizmu, dlatego po jego podaniu mogą wystąpić działania niepożądane. Najczęściej są one łagodne, **krótkotrwałe i ustępują samoistnie,** jednak w niektórych przypadkach mogą być bardziej nasilone i wymagać leczenia. **Bardzo rzadko mogą wystąpić ciężkie reakcje zagrażające życiu.** Reakcje te nie zależą od dawki podanego środka kontrastowego i mogą mieć charakter reakcji alergopodobnych. Podanie dożylne kontrastu może powodować także wynaczynienie (niezamierzone przedostanie się kontrastu poza naczynie żylne.

Działania niepożądane mogą: pojawić się **bezpośrednio po podaniu kontrastu lub z opóźnieniem (nawet po kilku godzinach)**; mieć **różne nasilenie** – od łagodnych do ciężkich, w skrajnych przypadkach mogą prowadzić do zatrzymania krążenia i oddechu, a wyjątkowo do zgonu; mieć charakter **miejscowy lub ogólnoustrojowy.**

Do możliwych objawów należą m.in.:

- **Objawy miejscowe:** ból, uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania; zaczerwienienie skóry, świąd, pieczenie; wysypka, pokrzywka, pęcherze.
- **Objawy ogólne:** nudności, wymioty; zaburzenia smaku lub widzenia; uczucie zmęczenia, nadmierna potliwość, uczucie gorąca; mrowienie (parestezje); reakcje skórne, świąd, pokrzywka; bladość skóry, egzema; bóle i skurcze mięśni.

Powikłania mogą dotyczyć także różnych układów organizmu, w szczególności mogą powodować: duszność, skurcz oskrzeli, obrzęk krtani; zaburzenia rytmu serca, wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, nagłe zatrzymanie krążenia i oddechu; ból głowy, drgawki, zaburzenia świadomości. Istotnym powikłaniem może być również **pogorszenie funkcji nerek**, w tym tzw. **nefropatia pokontrastowa lub nefrogenne włóknienie układowe**, która może wystąpić zarówno u osób z chorobami nerek, jak i rzadziej u osób wcześniej zdrowych. Środek kontrastowy wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów. Nie zaleca się prowadzenia pojazdu przez godzinę po podaniu środka kontrastowego. Aby zmniejszyć ryzyko zaleca się, aby pacjent/ka w ciągu doby po zakończeniu badania wypił/a conajmniej 2,5l płynu.

Lekarz radiolog nadzorujący badanie może odmówić podania środka kontrastowego, jeśli występują przeciwwskazania. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów należy niezwłocznie poinformować **personel medyczny.**

V. Oświadczenie – zgoda pacjenta

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi badania diagnostycznego z podaniem środka kontrastowego oraz możliwych działań niepożądanych i powikłań związanych z jego podaniem. Informacje te zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam, że miałam/em możliwość zadawania pytań oraz uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia od personelu medycznego. Nie zgłaszam dalszych pytań ani wątpliwości w tym zakresie. Jestem świadoma/y, że podanie środka kontrastowego może wiązać się z wystąpieniem działań niepożądanych o różnym nasileniu, w tym – w bardzo rzadkich przypadkach – poważnych powikłań zdrowotnych. Zostałam/em również poinformowana/y, że niewyrażenie zgody na podanie środka kontrastowego może ograniczyć wartość diagnostyczną badania lub uniemożliwić uzyskanie pełnej informacji niezbędnej do postawienia rozpoznania. Oświadczam, że przekazane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, przebytych chorób, alergii, przyjmowanych leków oraz dotychczasowego leczenia są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji mogących mieć znaczenie dla bezpieczeństwa badania. Jestem świadoma/y, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia może zwiększyć ryzyko wystąpienia powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego.

ŚWIADOMIE WYRAŻAM ZGODĘ NA:

TAK ☐ | NIE ☐ Wykonanie badania diagnostycznego

TAK ☐ | NIE ☐ Podanie kontrastu do badania diagnostycznego

TAK ☐ | NIE ☐ Odmawiam wyrażenia zgody na podanie kontrastu do badania diagnostycznego. Odmawiając jestem świadoma/y uzyskania mniej diagnostycznego obrazu badania.

TAK ☐ | NIE ☐ Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałam/em pokarmów.

. . . . . .

(data i czytelny podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego; w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

ZLECENIE PODANIA KONTRASTU

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY

Data zlecenia	Nazwa leku, postać, dawka, droga podania	Poziom kreatyniny	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego	Godzina realizacji, pieczęć i podpis realizującego