

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane w celu bezpiecznego wykonania badania TK. Ankietę wypełnia pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

IMIĘ I NAZWISKO : **PESEL:**

Czy w przeszłości było wykonywane badanie TK? **TAK** ☐ **NIE** ☐

Czy w przeszłości było wykonywane inne badanie z podaniem
środka kontrastującego? **TAK** ☐ **NIE** ☐
(np. mammografia spektralna, koronarografia)

Czy w przeszłości wystąpiły jakiegokolwiek komplikacje lub działania niepożądane po dożylnym podaniu
środka kontrastującego? **TAK** ☐ **NIE** ☐

Jeżeli były komplikacje to jakie?

Czy choruje Pan (i) na choroby nerek? Jeśli tak, to jakie?..... **TAK** ☐ **NIE** ☐

Czy choruje Pan(i) na choroby płuc? Jeśli tak, to jakie?..... **TAK** ☐ **NIE** ☐

Czy choruje Pan (i) na choroby tarczycy? Jeśli tak, to jakie? **TAK** ☐ **NIE** ☐

Czy występują lub występowały alergie (uczulenia)? **TAK** ☐ **NIE** ☐

Jeżeli wystąpiły to na co: leki, pokarmy, środek kontrastujący?

.....

Czy miał/miała Pan(i) wykonywane zabiegi chirurgiczne? Jeśli tak, to jakie: **TAK** ☐ **NIE** ☐

.....

Czy jest Pan (i) na czczo (dotyczy badań jamy brzusznej i/lub miednicy mniejszej ze środkiem
kontrastującym)..... **TAK** ☐ **NIE** ☐

Oświadczam, iż w dniu badania (proszę zaznaczyć właściwe pole):

NIE PRZEBYWAM W SZPITALU ☐

JESTEM W TRAKCIE LECZENIA SZPITALNEGO ☐

Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta:

Wyrażam zgodę na badanie Tomografem komputerowym (TK) **TAK** ☐ **NIE** ☐

Wyrażam zgodę na badanie TK z dożylnym podaniem środka kontrastującego **TAK** ☐ **NIE** ☐

Wyrażam zgodę na podanie wlewu doodbytniczego **TAK** ☐ **NIE** ☐

Wyrażam zgodę na doustne podanie środka kontrastującego lub leku **TAK** ☐ **NIE** ☐

Dotyczy kobiet w wieku prokreacyjnym – oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania TK:

JESTEM W CIĄŻY ☐ **NIE JESTEM W CIĄŻY** ☐ **PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIĄŻY** ☐

Dotyczy przypadku gdy matka lub przedstawicielka ustawowa pacjenta z uwagi na wiek lub z innych
uzasadnionych przyczyn będzie towarzyszyć pacjentowi bezpośrednio podczas badania TK

Oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania TK:

JESTEM W CIĄŻY ☐ **NIE JESTEM W CIĄŻY** ☐ **PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIĄŻY** ☐

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane odpowiedzi są zgodne z prawdą.
Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zostałem/am poinformowany o procedurze badania, także
o potrzebie podania dożylnie i/lub doodbytniczo i/ lub doustnie środka kontrastującego w czasie badania
i świadomie zgadzam się na wykonanie badania.

Podpis pacjenta/prawnego opiekuna: Data:

KARTA BADANIA (TK)

Imię i nazwisko pacjenta:

Data badania: Nr badania :

Rodzaj badania TK : Waga pacjenta:kg Wzrost:cm

POPZREDNIE BADANIA	
☐ Badanie pierwszorazowe ☐ Popzrednie badania w UCK ☐ Popzrednie badania wgrane do PACS	Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta

TYP BADANIA	X	UWAGI DO BADANIA
TK bez kontrastu	☐	
TK z kontrastem	☐	
TK bez i z kontrastem	☐	
ANGIO TK	☐	
Serce - calcium scoring	☐	
Inne:	☐	

Poziom kreatyniny:	eGFR:	Data badania:
--------------------	-------	---------------

Zlecam dożylnie podanie _____ ml środka kontrastującego: Lekarz – podpis i pieczętka	Raport dawki (DLP) _____ mGy*cm
	Elektroradiolog podpis i pieczętka Pielęgniarka podpis i pieczętka