Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
Golub-Dobrzyń

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

BADANA OKOLICA……

Dane identyfikujące pacjenta

Imię: …….

Nazwisko: …….

PESEL: …….

Kreatynina/eGFR……

Waga……Wzrost……

Ciśnienie przed podaniem CM……

Ciśnienie po podaniu CM……

1.Cel badania:

Tomografia Komputerowa jest nieinwazyjnym badaniem diagnostycznym, polegającym na prześwietleniu badanej okolicy promieniami rentgenowskimi.

2. Przygotowanie do badania:

Większość rodzajów badan w Tomografii Komputerowej nie wymaga specjalnych przygotowań. Do badania z podaniem środka kontrastowego Pacjent powinien mieć oznaczony poziom kreatyniny w surowicy krwi (o konieczności posiadania aktualnego (ważnego 3 miesiące) wyniku kreatyniny pacjent jest informowany w trakcie rejestracji do badania). Do badania prosimy zgłosić się z dokumentem tożsamości ze zdjęciem pacjenta! Przed badaniem z kontrastem powinny być odstawione niektóre leki np. stosowane w leczeniu cukrzycy biguanidy, interleukina.

WAŻNE: Każda podejrzewająca ciążę pacjentka powinna poinformować o tym personel pracowni!

3.Przebieg badania:

Badanie w Tomografii Komputerowej jest bezbolesne. Jest to badanie, które trwa od 5 do 15 minut. W trakcie badania pacjent leży na stole, który przesuwa się wewnątrz szerokiego pierścienia aparatu zawierającego lampę emitującą promienie rentgenowskie i czujniki, które te promienie odbierają. Dane otrzymane w ten sposób przekazywane są do komputera, który przedstawia je w postaci obrazu narządów człowieka. Wyniki badań wraz z dokumentacją na płycie CD wydawane są pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej, wyniki badania pacjenta kierowanego z oddziału szpitalnego trafiają na oddział kierujący.

4. Możliwe powikłania:

Tomografia Komputerowa jest bezpieczną metodą obrazowania narządów. Działania niepożądane związane z podaniem środka kontrastowego są rzadkie - mogą występować u ponad 0,5%badanych, mogą objawiać się między innymi powstaniem krwiaka bólem w miejscu wkłucia, przejściowymi zaburzeniami smaku i wzroku, bólami pleców, głowy, bólem w klatce piersiowej, wzrostem lub spadkiem ciśnienia tętniczego krwi, nudnościami, wymiotami, uczuciem parcia na mocz i stolec. Rzadko mogą występować również reakcje alergiczne zagrażające życiu - uogólnione reakcje uczuleniowe (wstrząs), niewydolność nerek, zaburzenia rytmu serca. Przeciwwskazaniem do podania jodowego środka kontrastowego może być niewydolność nerek objawiająca się m.in. podwyższeniem poziomu kreatyniny w surowicy krwi i nadczynność tarczycy.

KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

(wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i będą wykorzystane tylko dla celów medycznych)

Nazwisko i imię .....

Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź!

Czy jest Pani w ciąży? ☐ TAK NIE ☐

Jakie leki Pani/Pan bierze?

1. Czy Choruje Pani/Pan na

Nadczynność tarczycy	☐ TAK	NIE ☐	.....
Choroby nerek	☐ TAK	NIE ☐	.....
Cukrzycę	☐ TAK	NIE ☐	.....
Astmę	☐ TAK	NIE ☐	.....
Nadciśnienie tętnicze	☐ TAK	NIE ☐	.....

2. Czy kiedykolwiek miała Pani Pan wykonywane badanie Tomografii Komputerowej lub inne z użyciem środka kontrastowego?

☐ TAK NIE ☐

Jeśli tak, to czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe lub inne niepokojące objawy?

☐ TAK NIE ☐

Jeśli tak, jakie to były objawy? .....

3.Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonane zabiegi chirurgiczne/operacje np. usunięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego /nerki itp.? Jeśli tak to jakie?

.....

.....

4.Czy wyraża Pani/Pan zgodę na podanie dożylnie środka kontrastowego?

☐ TAK NIE ☐

Golub-Dobrzyń, dnia……. .....

(podpis pacjenta)

Formularz świadomej zgody na badanie

Oświadczam, Że dnia_ _/_ _ /20_ _r.

1. Otrzymałam/łem informację o tym, jaki jest cel badania i spodziewane wyniki.
2. Poinformowano mnie o sposobie i metodzie przeprowadzenia badania oraz ryzyku związanym z badaniem i możliwych powikłaniach.
3. Umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących badania i uzyskałam/łem na nie wyczerpujące odpowiedzi.
4. Zostałam/łem poinformowana/y że mogę nie zgodzić się na proponowane badanie, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
5. Zostałam/łem poinformowana/y, że w każdej chwili mogę cofnąć zgodę na badanie.
6. Jestem świadomy, że z proponowanym badaniem wiąże się ryzyko powikłań.
7. Udzieliłem pełnych i z prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadano mi w trakcie wywiadu odnośnie moich przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwości, schorzeń i chorób, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o przebytych zabiegach oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny, przyjmowanych używkach, w szczególności takich jak alkohol, nikotyna oraz ilości i częstotliwości ich przyjmowania.

Zaznacz właściwą kratkę znakiem X

☐ **Nie wyrażam zgody** na proponowane mi badanie	☐ **Wyrażam świadoma zgodę** na proponowane badanie
..... pieczątka i podpis elektroradiologa	..... czytelny podpis pacjenta/czytelny podpis opiekuna*

UWAGA:

w przypadku osób do 16-go roku życia/ubezwłasnowolnionych zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny. W przypadku osób w wieku od16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny oraz pacjent.