

| DATA BADANIA | GODZINA BADANIA |
|--------------|-----------------|
| | |

WYPEŁNIĆ W DOMU

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IMIĘ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NAZWISKO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

WAGA PACJENTA:KG

PLANOWANE BADANIE:.....

TELEFON KONTAKTOWY:.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ:

Badanie Tomografii Komputerowej jest wysoko specjalistycznym medycznym badaniem diagnostycznym, w którym obrazy uzyskiwane są przy użyciu promieniowania rentgenowskiego i powoduje napromieniowanie pacjenta podczas badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych okolic anatomicznych, ale dopuszczalna dla celów diagnostycznych.

W czasie badania TK i RTG może zaistnieć potrzeba dożylnego podania środka kontrastowego, który może wywołać szereg objawów ubocznych (wykaz działań ubocznych w Załączniku Nr 1). Pacjent powinien natychmiast powiadomić personel medyczny jeśli wystąpi jakakolwiek opisywana w Załączniku Nr1 reakcja. Po podaniu środka kontrastowego może pojawić się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, poczucie oddania moczu-objawy te nie należą do działań niepożądanych związanych z użyciem środka kontrastowego.

**ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
z ZASTOSOWANIEM ŚRODKA KONTRASUJĄCEGO**

WŁAŚCIWE ODPOWIEDZI PROSZĘ ZAKREŚLIĆ W KÓŁKO

| | | |
|---|-----|-----|
| Czy wyraża Pani/Pan zgodę na badania Tomografii Komputerowej? | TAK | NIE |
| Czy wyraża Pani/Pan zgodę na założenie wenflonu? | TAK | NIE |
| W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na jego podanie? | TAK | NIE |

OŚWIADCZENIE PACJENTA O STANIE ZDROWIA

| | | |
|---|------------|------------|
| Dla kobiet w wieku rozrodczym: - czy jest Pani w ciąży - czy karmi Pani piersią | TAK TAK | NIE NIE |
| Czy miała/miał Pani/Pan badanie z dożylnym podaniem kontrastu w ciągu ostatnich 48 godzin (tomografia komputerowa, urografia, angiografia, rezonans magnetyczny)? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek wykonywane było u Pani/Pana badanie Tomografii Komputerowej? | TAK | NIE |
| Czy w trakcie badania podawany był kontrast? | TAK | NIE |
| Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie? | TAK | NIE |
| Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała/miał Pani/Pan wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak to jakie? | TAK | NIE |
| Czy posiada Pani/Pan jakiegokolwiek metalowe protezy/wszczepty w ciele? Jeśli tak to jakie i gdzie? | TAK | NIE |
| Czy zdiagnozowano u Pani/Pana: | | |
| - astmę oskrzelową, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc) | TAK | NIE |

| | | |
|--|-----|-----|
| - niewydolność nerek (inną chorobę nerek) | TAK | NIE |
| - chorobę z autoagresji (RZS, ŁZS, MIZS, SLE, łuszczyce) | TAK | NIE |
| - chorobę serca (nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca) | | |
| - chorobę układu nerwowego (np. padaczkę, udar, utraty przytomności) | TAK | NIE |
| - chorobę tarczycy Jeśli tak to jaką? | TAK | NIE |
| - cukrzycę..... | TAK | NIE |
| - Czy występują u Pani/Pana jakiegokolwiek uczulenia, w szczególności na jod? Jeśli tak to jakie? | TAK | NIE |
| - Czy przyjmuje Pani/Pan jakiegokolwiek leki? Jeśli tak to jakie? | TAK | NIE |

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że przeczytałam/-em i zrozumiałam/-em powyższe informacje, oraz w sposób zrozumiały zostały i udzielone wszelkie informacje dotyczące badania Tomografii Komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego oraz miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań.. Zostałam/em pouczona/y o możliwych do wystąpienia powikłaniach badania TK, skutkach ubocznych w związku z działaniem promieniowania rentgenowskiego i powikłaniach podania środka kontrastowego, jak również pouczono mnie o ograniczonej wartości diagnostycznej badania TK w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem jodowego środka kontrastowego.

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałam/em pokarmów.

.....
(Data i podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, w przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

ZALECENIA DLA PACJENTA PODDAWANEGO BADANIU TK Z UŻYCIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Twój lekarz prowadzący uznał za niezbędne dla dalszego procesu leczniczego i diagnostycznego wykonanie badania tomograficznego z użyciem środka kontrastowego. Jednym z powikłań tego badania może być uszkodzenie nerek. U pacjentów z ograniczoną rezerwą wydolności nerek ryzyko uszkodzenia jest większe. Można znacznie ograniczyć częstość jego występowania poprzez odpowiednie postępowanie:

1. Przed badaniem:

- wykonać oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy przed wyznaczonym terminem badania (wynik ważny jest 7 dni)
- w dniu badania pacjent nie powinien być odwodniony, 2- 3 dni przed badaniem należy pić dużą ilość wody niegazowanej, jak również w dzień badania
- w przypadku wyniku eGFR <60ml/min powinno się odstawić następujące leki (wskazana wizyta u lekarza):
 - a) niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) - w dniu badania
 - b) diuretyki pętłowe np. Furosemid- w dniu badania
 - c) inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI) lub blokery receptora angiotensyny (ARB)- w dniu badania
 - d) aminoglikozydy- w dniu badania

2. Po badaniu:

- po podaniu należy zadbać o odpowiednio nawodnienie organizmu, należy spożywać dużą ilości niegazowej wody przez około 3- 4 dni po badaniu
- po około tygodniu od badania zalecane jest wykonanie kontrolnego badania poziomu kreatyniny.

ZAŁĄCZNIK NR 1- MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE JODOWEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Środki kontrastowe mogą powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one wystąpią. Działania niepożądane zwykle są łagodne do umiarkowanych i przemijające, zdarzają się jednak przypadki ciężkich i zagrażających życiu reakcji. Najczęściej reakcje pojawiają się w ciągu kilku minut od podania, ale mogą wystąpić znacznie później.

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:

1. **CZĘSTE:** uczucie gorąca.
2. **NIEZBYT CZĘSTE:** zawroty i bóle głowy, wzrost ciśnienia tętniczego, duszność, nudności, wymioty, rumień, pokrzywka, świąd, ból w klatce piersiowej, ból i uczucie ciepła w miejscu podania.
3. **RZADKIE:** stany przedomdleniowe, tachykardia, bradykardia, skurcze dodatkowe, hipotensja, wysypka, ból pleców, astenia, dreszcze, gorączka, wzrost stężenia kreatyniny we krwi, niepokój.
4. **BARDZO RZADKIE:** osutka krostkowa, trombocytopenia, niedokrwistość hemolityczna, reakcja anafilaktyczna, stan splątania, śpiączka, omdlenie, drgawki, parestezje, zatrzymanie akcji serca, zawał serca, niewydolność krążenia, dławica piersiowa, ciężkie arytmie, sinica, zapaść i wstrząs, niewydolność oddechowa, obrzęk (płuc, krtani, gardła), skurcz oskrzeli.

REAKCJE W MIEJSCU PODANIA: obejmują głównie ból w miejscu podania i obrzęk, które w większości przypadków spowodowane są wynaczynieniem środka kontrastowego. Reakcje te najczęściej są przejściowe i nie powodują trwałych następstw. Bardzo rzadko wystąpić mogą przypadki wynaczynienia powiązanego ze stanem zapalnym, martwicą skóry a nawet rozwojem zespołu ciasnoty międzypowięziowej, przypadki zakrzepicy.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z możliwymi działaniami niepożądanymi związanymi z użyciem dożylnego środka kontrastowego.

.....
(Data i podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, w przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)