

SPIS ZGÓD STOSOWANYCH W REJESTRACJI ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć **prawidłową odpowiedź**, stawiając krzyżyk w odpowiednim okienku.

(Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.)

1. W przeszłości miałem/-am wykonane badanie tomografii komputerowej (TK) TAK NIE

Jeżeli tak, to czy podczas badania był podawany dożylnie środek kontrastowy? TAK NIE

Jeżeli tak, to czy w trakcie badania lub po jego zakończeniu wystąpiły dolegliwości? TAK NIE

2. Jestem uczulony/-a (alergia na środki kontrastowe, leki) TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

3. Czy choruje Pan/-i na choroby tarczycy? TAK NIE

4. Czy choruje Pan/-i na choroby nerek? TAK NIE

5. (Dotyczy tylko kobiet) Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa? TAK NIE

6. Mam klaustrofobię TAK NIE

Uwaga! Jeśli Pacjent nie będzie w stanie przystąpić do badania, zwracamy 50% jego ceny.

OŚWIADCZENIE PERSONELU LECZNIC CITOMED

Ankieta przed badaniem MR i podaniem środka cieniującego została sprawdzona i przyjęta

.....

Data i podpis

Waga Pacjenta:

Wzrost Pacjenta:

Środki kontrastowe stosowane w badaniu tomografii komputerowej, mogą powodować występowanie działań niepożądanych.

Możliwe wczesne działania niepożądane po podaniu jodowych środków kontrastowych:

- lekkie – nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła;
- umiarkowane – omdlenie, ciężkie wymioty, rozległa pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli;
- ciężkie – drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

Możliwe opóźnione działania niepożądane po podaniu jodowych środków kontrastowych:

- reakcje skórne – wysypka, świąd skóry, obrzęk;
- reakcje ogólnoustrojowe – bóle, zawroty głowy, nudności, biegunka, dreszcze, skurcze mięśni, objawy grypopodobne;
- opóźnione bóle rąk, inne reakcje.

Oświadczenie Pacjenta i zgoda na badanie

Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am całą zawartość tego formularza oraz zapewniono mi możliwość zadawania pytań odnośnie zawartych w nim informacji.

Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości powikłań związanych z badaniem i **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie badania.

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na jego dożylne podanie, świadomy/-a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego, przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja.

.....

Data

.....

Podpis Pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić