

Ankieta dla Pacjentów kierowanych na badanie TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Tomografia komputerowa jest nowoczesną metodą diagnostyczną, wykorzystującą promieniowania rentgenowskie. W większości badań TK konieczne jest dożylnie podanie środka cieniującego zawierającego jod. Podajemy wyłącznie bezpieczne preparaty, nie mniej jednak u niektórych osób mogą występować reakcje niepożądane takie jak: ból w miejscu podania, pokrzywka na skórze, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, wstrząs rzekomo anafilaktyczny.

Ankieta wypełnia pacjent lub jego prawny opiekun. Proszę postawić symbol „X” w odpowiednim polu. Prosimy o podanie danych:

Imię i nazwisko.....

PESEL..... waga/wzrost.....

Prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (wszystkie informacje objęte są tajemnicą lekarską)

	TAK	NIE
1. Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie TK?		
2. Czy miał/a Pani/Pan kiedykolwiek wykonane badanie z podaniem dożylnym środka cieniującego?		
3. Czy po podaniu środka cieniującego wystąpiły reakcje niepożądane?		
4. Czy jest Pani/Pan uczulona/y na leki, pokarmy, inne substancje?		
5. Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową?		
6. Czy choruje Pani/Pan na niewydolność nerek, dnę moczanową?		
7. Czy choruje Pani/Pan na nadczynność tarczycy?		
8. Czy choruje Pani/Pan na niewydolność serca?		
9. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?		
10. Czy przyjmuje Pani/Pan insulinę?		
11. Czy przyjmuje Pani/Pan metforminę lub inne leki zawierające metforminę ?		
12. Czy w ciągu ostatnich 4 godzin przyjmował/a Pani/Pan jakiegokolwiek pokarmy?		
13. Czy chorował/a Pani/Pan kiedykolwiek na żółtaczkę zakaźną typu B lub C?		
14. Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego?		
15. W przypadku pacjentek : Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że może być w ciąży?		

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem treść ankiety i udzieliłam/udzieliłem świadomych odpowiedzi zgodnych z prawdą. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania Tomografii Komputerowej (TK), jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów środka kontrastowego w przypadku konieczności podania go podczas badania, bezpośrednio po jego wykonaniu w rejestracji medycznej szpitala.

Warszawa, dnia.....

Podpis pacjenta.....

Warszawa, dnia.....

Podpis technika.....

Czy Pacjent zostawił poprzednie badania? TAK NIE

1) Proszę o opisanie dolegliwości lub rodzaju choroby, z powodu której jest wykonywane badanie z uwzględnieniem : od kiedy, dokładne miejsce dolegliwości (np. od przodu stawu kolanowego), czy ból gdzieś promieniuje (np. do którejś z kończyn), co zapoczątkowało dolegliwości (np. uraz), co zmniejsza dolegliwości (np. przy zmianie pozycji ciała, po wypróżnieniu, po zjedzeniu posiłku), jak przebiegało dotychczasowe leczenie (np. zabiegi operacyjne, radioterapia, chemioterapia).

Czy Pacjent zostawił poprzednie badania? TAK NIE

	MR	TK	RTG	MMG	Szp.
CD/klisza					
Opis					
Inne (jakie)					

