

	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNIKU REGON: 431010878 NIP: 712-24-83-842 ZAKŁAD RADIOLOGII	FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (CT) Z PODANIEM ŚRODKA CIENIUJĄCEGO

Nazwisko i imię pacjenta:	Nr telefonu:
---------------------------	--------------

PESEL:	Data ur.:																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			-			-				
		-			-																

CHARAKTERYSTYKA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (CT) - informacja dla pacjenta

- W badaniu tomografii komputerowej wykorzystuje się do obrazowania promieniowanie rentgenowskie.
- Działania niepożądane, związane ze stosowaniem środków kontrastowych zawierających jod i podawanych donaczyniowo, są zwykle łagodne, umiarkowanie nasilone i przemijające (np. nudności i wymioty, wysypka).
- Objawy niepożądane po podaniu, stosownych w Zakładzie niejonowych środków kontrastowych, występują rzadziej niż po podaniu środków jonowych.
Głównymi przeciwwskazaniami do podania środka kontrastowego są: nadczynność tarczycy, niewydolność nerek i alergia.
- Przed dostarczeniem skierowania pacjent, samodzielnie bądź z lekarzem kierującym, powinien wypełnić poniższy **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY**.
- Jeżeli pacjent badany w trybie ambulatoryjnym nie zamierza odebrać wyniku osobiście, powinien wypełnić upoważnienie. Druk upoważnienia dostępny jest w ZAKŁADZIE RADIOLOGII Szpitala SP ZOZ Świdnik.
- Przed planowanym badaniem Tomografii Komputerowej z podaniem środka kontrastowego pacjent powinien być na czczo, tj. 6 godzin przed badaniem bez posiłków i płynów – za wyjątkiem wody niegazowanej.

ANKIETA DIAGNOSTYCZNA DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ;
--

Upraszamy prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedzi "TAK" lub "NIE".
Jeżeli na któreś z pytań odpowiedź brzmi "TAK", prosimy podkreślić lub dopisać właściwe informacje.
Wszystkie dane zamieszczone w tym kwestionariuszu objęte są tajemnicą i ochroną zgodnie z obowiązującym prawem.

	TAK	NIE
1. Czy choruje Pani/Pan na którąś z chorób układu krążenia? (choroba wieńcowa, przebyty zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie)		
2. Czy chorowała/chorował lub obecnie choruje Pani/Pan na choroby płuc?..... (zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, astma, gruźlica)		
3. Czy u Pani/Pana występowały uczulenia?..... (leki, jod, plaster, pokarmy, pyłki roślin, zwierzęta, inne substancje chemiczne)		
4. Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek?.....		
5. Czy występuje u Pani/Pana niedoczynność/nadczynność tarczycy?.....		
6. Czy choruje Pani/Pan na inne, niewymienione choroby (np. cukrzyca)? Jeśli tak, to jakie?.....		
7. Czy podawano Pani/Panu w przeszłości środki kontrastowe w trakcie badań?.....		
8. Jeśli podawano środki kontrastowe, to czy po ich podaniu wystąpiły jakiegolwiek powikłania?.....		
9. Czy przyjmowała/przyjmował Pani/Pan lub przyjmuje obecnie jakieś leki?..... (np. przeciwcukrzycowe lub przeciwkrzepliwe)		
10. Czy podejrzewa Pani możliwość ciąży?..... (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym badanie kobiety w ciąży może być wykonane tylko w warunkach klinicznych, po wykorzystaniu innych metod, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia – po uzgodnieniu z lekarzem w pracowni CT).		
11. Jestem objęta/objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.		
12. W dniu badania jestem hospitalizowana/hospitalizowany.		
13. Wyrażam zgodę na wykonanie zleconego badania CT.		
14. Wyrażam zgodę na podanie dożylnie środka cieniującego w trakcie badania CT.		

Miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, zostałem(am) poinformowany o: charakterze, celu badania diagnostycznego, o związanym z nim ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań. Uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu. Oświadczam również, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków będąc świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zleconego badania tomografii komputerowej oraz podanie dożylnie środka cieniującego.

Podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE po podaniu środka cieniującego;

Jak każdy lek, środek kontrastowy może powodować działania niepożądane, chociaż nie u każdego one wystąpią. Najcięższymi działaniami niepożądanymi (zagrożającymi życiu mogącymi prowadzić do śmierci) u pacjentów otrzymujących są: wstrząs rzekomoanafilaktyczny (reakcje o typie alergii), zatrzymanie oddechu, skurcz oskrzeli (trudności w oddychaniu), obrzęk krtani, obrzęk gardła, astma, śpiączka, zawał mózgu (mniejsza ilość krwi przepływa przez część mózgu), udar, obrzęk mózgu, drgawki, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie akcji serca (serce przestaje bić), niedokrwienie mięśnia sercowego (choroba serca objawiająca się bólem spowodowana brakiem dopływu krwi do serca), zawał mięśnia sercowego, niewydolność serca, bradykardia (wolne bicie serca), sinica (niebieskawe zabarwienie skóry i błon śluzowych spowodowane brakiem tlenu), niedociśnienie (niskie ciśnienie krwi), wstrząs, duszność (skrócenie oddechu), obrzęk płuc (nagromadzenie się płynu w płucach), niewydolność oddechowa (do płuc nie dostaje się wystarczająca ilość tlenu, a dwutlenek węgla nie jest wydalany w całości) i aspiracja (zachłyśnięcie). Najczęściej obserwowanymi działaniami niepożądanymi u pacjentów otrzymujących środek są: bóle głowy, nudności i rozszerzenie naczyń krwionośnych.

Możliwe działania niepożądane wymieniono poniżej według prawdopodobieństwa częstości ich występowania.

Często (mogą wystąpić od 1 do 10 przypadków na 100 pacjentów): • Zawroty głowy • Bóle głowy • Zaburzenia odczuwania smaku • Nieostre widzenie / zaburzenia widzenia • Ból, dyskomfort w klatce piersiowej • Nadciśnienie tętnicze (wysokie ciśnienie krwi) • Rozszerzenie naczyń krwionośnych • Wymioty • Nudności • Ból • Reakcje w miejscu wstrzyknięcia (np. ból, ciepło, obrzęk, zapalenie i uszkodzenie okolicznych tkanek miękkich w przypadku wynaczynienia) • Uczucie ciepła.

Niezbędnie często (mogą wystąpić od 1 do 10 przypadków na 1 000 pacjentów): • Reakcje nadwrażliwości / rzekomoanafilaktyczne (wstrząs rzekomoanafilaktyczny, zatrzymanie oddechu, skurcz oskrzeli (trudności w oddychaniu), obrzęk krtani, gardła, obrzęk języka lub twarzy, skurcz krtani, gardła, astma, zapalenie spojówek, łzawienie, kichanie, kaszel, obrzęk śluzówek, nieżyt nosa, chrypka, podrażnienie gardła, pokrzywka, świąd (nasilone swędzenie), obrzęk naczynioruchowy • Reakcje wazowagalne (utrata przytomności / zasłabnięcie) • Stan splątania • Niepokój ruchowy • Parestezje (zaburzenia czucia skóry takie jak pieczenie, kłucie, swędzenie lub mrowienie / niedoczulica (osłabienie odczuwania dotyku) • Senność • Niemierność (zaburzenia rytmu lub częstości pracy serca) • Niedociśnienie tętnicze (niskie ciśnienie krwi) • Duszność (skrócenie oddechu) • Bóle brzucha • Obrzęki (opuchnięcie tkanek).

Rzadko (mogą wystąpić od 1 do 10 przypadków na 10 000 pacjentów): • Niepokój • Zatrzymanie akcji serca (serce przestaje bić) • Niedokrwienie mięśnia sercowego (choroba serca objawiająca się bólem spowodowana brakiem dopływu krwi do serca) • Kołatanie serca (nierówne, szybkie bicie lub pulsowanie serca).

Jeśli nasili się którykolwiek z objawów niepożądanych lub wystąpią jakiegokolwiek objawy niepożądane, należy powiedzieć o tym lekarzowi lub personelowi pracowni radiologicznej.

.....
Pieczętka i podpis personelu przyjmującego oświadczenie

.....
Data, Podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego