

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Nazwisko i imię:

Nr badania: PESEL

Data badania Płeć

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rodzaj badania: wiek: ciężar ciała (kg): wzrost:

Zgłaszane dolegliwości:

| | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Czy jest Pani w ciąży? | | |
| Czy karmi Pani piersią? | | |
| Czy miał(a) Pan(i) badanie z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego? | | |
| Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak, to jakie? | | |
| Czy jest Pan(i) uczulony(a) na leki? Jeśli tak, to jakie?..... | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek? | | |
| Czy choruje Pan(i) na astmę oskrzelową lub cukrzycę? | | |
| Czy ma Pan(i) nadczynność/niedoczynność tarczycy? | | |
| Czy choruje Pan(i) na nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową lub zaburzenia rytmu serca? | | |
| Czy choruje Pan(i) na szpiczaka mnogiego, dnę mocznową, nużliwość mięśni, RZS, toczeń, łuszczycę? | | |
| Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności) | | |
| Czy przyjmuje Pan(i) leki? (niesterydowe leki przeciwzapalne, neuroleptyki, leki przeciwbólowe, leki przeciwdepresyjne, inne) | | |
| Czy poinformowano Pana(ia) o możliwości podania środka kontrastowego? | | |

Oświadczam, że zrozumiałem/am całą treść tego formularza i świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą tomografii komputerowej. W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylne podanie świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych leków.

Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałem(am) pokarmów.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
podpis operatora / pielęgniarki

Badanie - za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie jonizujące i powoduje napromieniowanie pacjenta w czasie badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania jonizującego (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był leczony napromieniowaniem – należy ten fakt zaznaczyć w Karcie Pacjenta z podaniem kiedy się ono odbyło.

Najczęściej występujące działania niepożądane po podaniu środka kontrastowego:

| | | |
|--|--|--|
| 1. Wczesne (do 1godziny po podaniu środka kontrastowego) | | |
| Miejscowe: <ul style="list-style-type: none">- nudności- łagodne wymioty- pokrzywka- świąd- wynaczynienie środka | Łagodne/umiarkowane <ul style="list-style-type: none">- nasilone wymioty- uogólniona pokrzywka- skurcz oskrzeli- obrzęk twarzy/ krtani- omdlenie wazowagalne | Ciężkie: <ul style="list-style-type: none">- wstrząs- zatrzymanie oddechu- zatrzymanie akcji serca- drgawki |
| 2. Późne (do 1tygodnia po podaniu środka kontrastowego) | | |
| <ul style="list-style-type: none">- nudności, wymioty- bóle głowy; bóle mięśniowo-grzbietowe- wysypka skórna- tyreotoksykoza | | |
| 3. Nie stanowią reakcji niepożądaney | | |
| <ul style="list-style-type: none">- uczucie ciepła/gorąca w obrębie jamy ustnej, klatki piersiowej, krocza- zaczerwienienie twarzy- metaliczny posmak w ustach | | |

Poziom kreatyniny i GFR z dnia.....

Podano środek cieniujący..... w ilości.....ml

Dożylnie/doustnie/doobytniczo* (właściwe zakreślić)

Czy wystąpiły powikłania? NIE/TAK, jakie?.....

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki

.....
Podpis i pieczętka lekarza obecnego przy podaniu kontrastu

.....
Podpis elektoradiologa