



**KARTA WYWIADU, ZGODA
I ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO
DO BADAŃ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
AMBULATORIUM**

Wypełnia pacjent

Nazwisko i imię:

Numer badania:

PESEL:

I. KARTA WYWIADU

Masa ciała (kg):

Wzrost (cm):

Właściwe zaznaczyć:

1.	Uczulenie na jod	TAK	NIE	NIE WIEM
2.	Nadczynność tarczycy	TAK	NIE	NIE WIEM
3.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	NIE WIEM
4.	Cukrzyca	TAK	NIE	NIE WIEM
5.	Niewydolność nerek	TAK	NIE	NIE WIEM
Stężenie kreatyniny: $\mu\text{mol/l}$ lub mg/dl . GFR: ml/min/1,73m^2				
6.	Astma oskrzelowa	TAK	NIE	NIE WIEM
7.	Alergie, katar sienny	TAK	NIE	NIE WIEM
8.	Choroby serca i tętnic	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy w poprzednich badaniach przy użyciu środka kontrastowego wystąpiły objawy nadwrażliwości?		TAK	NIE	NIE BYŁO POPRZEDNICH BADAŃ

.....
Data i podpis pacjenta
lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu

Dolegliwości – jakie i od kiedy występują?
Urazy – kiedy i jakie?
Zabiegi operacyjne – kiedy i jakie?

Poprzednie badania – kiedy i jakie?

Oświadczenie Pacjenta:

1. Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach.
2. Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących badania oraz podawanego środka kontrastowego i otrzymałem/am zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Data i podpis pacjenta
lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu

II. ZGODA

Podanie środka kontrastowego wpływa na polepszenie obrazu, pozwala dokładnie uwidocznić narządy wewnętrzne i struktury anatomiczne.

Najczęściej występujące objawy niepożądane po podaniu środka kontrastowego:

- | | |
|------------------------------|--|
| - zaczerwienienie | - duszność |
| - uczucie ciepła | - wynaczynienie środka cieniującego |
| - nudności | - ostra niewydolność nerek |
| - reakcje skórne (pokrzywka) | - wstrząs anafilaktyczny (u pacjentów uczulonych na środki cieniujące) |
| - wymioty | |

Oświadczam, że zrozumiałem/am całą treść tego formularza i świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą Tomografii Komputerowej (KT).

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylną podanie świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

.....
Data i podpis pacjenta
lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu

Wypełnia Zakład Diagnostyki Obrazowej

III. ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Data podania kontrastu:

Nazwa kontrastu:

Nr serii:

Dawka: Droga podania:

GFR + Kreatynina

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki

.....
Podpis i pieczętka lekarza
zlecającego podanie kontrastu

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Czy wystąpiły powikłania (wypełniać tylko w razie wystąpienia powikłań)	
Jakie:	
Podpis lekarza	