

BADANIE WYKONAŁ (czytelny podpis tech. RTG):

UWAGI WYKONUJĄCEGO BADANIE:

**SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

NU-MED Grupa S.A.  
Pracownia Tomografii Komputerowej  
82-300 Elbląg, ul. Królewiecka 146  
NIP 741-19-06-987  
REGON 519455718  
☎ 55 239 58 55 ☎ 55 236 81 82

NAZWA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/SYGNATURA UMOWY Z NFZ:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

PESEL:

TELEFON:

ADRES (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miasto):

WAGA CIAŁA:

PROSZĘ O BADANIE:

ROZPOZNANIE KLINICZNE:

KOD ICD 10:

CEL BADANIA:

BADANIA DOTYCHCZAS WYKONANE:

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa (RTG, USG, MR, TK))

**WYWIAD ALERGICZNY - UCZULENIA**

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO DOŻYLNIEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO
- PRZECIWWSKAZANIA DO DOŻYLNIEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

POZIOM KREATYNYNY:

PIECZĘĆ, PODPIS,  
NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO:**UWAGI PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ**

Wyznaczony termin badania:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:

Czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej:

## ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TK

Przed podpisaniem zgody na wykonanie badania, prosimy o zgłoszenie informacji dotyczących nadwrażliwości na leki i współistnienia wymienionych poniżej chorób przez zaznaczenie odpowiedzi **TAK/NIE**.

Wykonanie badania TK wymaga donaczyniowego podania środka kontrastowego. Mimo, iż jest to zabieg bezpieczny, mogą wystąpić powikłania, takie jak duszność, wysypka, świąd skóry, wstrząs anafilaktyczny, zapaść. Opisane powikłania mogą wystąpić niezależnie od wszystkich podjętych środków ostrożności. Dlatego też w czasie badania i pobytu w Pracowni Tomografii Komputerowej jest Pan/i pod fachową opieką lekarzy radiologów (i w razie potrzeby lekarzy anestezjologów). Gabinety rentgenowskie przystosowane są do natychmiastowego udzielenia niezbędnej pomocy.

Prosimy o rzetelne wypełnienie formularza. Informacje zawarte w wywiadzie pozwolą na ewentualne odstąpienie od podania kontrastu, gdy będzie podejrzenie o możliwość wystąpienia powikłań.

WIEK:

WAGA:

PROSIMY O RZETELNE WYPEŁNIENIE FORMULARZA, ZAZNACZAJĄC PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ.

L.P.		TAK	NIE
1.	Czy jest Pan/i na czczo?		
2.	Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i podawane środki kontrastowe?		
3.	Jeśli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne? Jeżeli tak, to jakie:		
4.	Czy kiedykolwiek wystąpiło u Pana/-i uczulenie na jod?		
5.	Czy wystąpiły u Pana/-i reakcje uczuleniowe na leki?		
6.	Czy choruje Pan/-i na niewydolność nerek, inne choroby nerek?		
7.	Czy przeżył Pan/-i operacje nerek?		
8.	Czy choruje Pan/-i na nadciśnienie, niewydolność układu krążenia lub oddechowego?		
9.	Czy choruje Pan/-i na nadczynność tarczycy – inne choroby tarczycy?		
10.	Czy choruje Pan/-i na astmę, alergie – inne?		
11.	Czy choruje Pan/-i na szpiczaka mnogiego, proteinurię?		
12.	Czy choruje Pan/-i na cukrzycę, padaczkę?		
13.	Czy jest Pani w ciąży?		

PROSIMY O PODPISANIE WŁAŚCIWEGO OŚWIADCZENIA:

JA, NIŻEJ PODPISANY ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/-A O UBOCZNYM DZIAŁANIU PROMIENIOWANIA RENTGENOWSKIEGO I POMIMO TEGO WYRAŻAM ZGODĘ NA JEGO WYKONANIE.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

JA, NIŻEJ PODPISANY ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/-A O MOŻLIWOŚCI POWIKŁAŃ PO PODANIU ŚRODKA CIENIUJĄCEGO STOSOWANEGO W BADANIU TK. ZAGADZAM SIĘ NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

JA, NIŻEJ PODPISANY ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/-A O MOŻLIWOŚCI POWIKŁAŃ PO PODANIU ŚRODKA CIENIUJĄCEGO STOSOWANEGO W BADANIU TK. NIE ZGADZAM SIĘ NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE TREŚĆ ANKIETY JEST DLA MNIE ZROZUMIAŁA, OTRZYMAŁEM WYSTARCZAJĄCE INFORMACJE NA TEMAT POTENCJALNYCH KORZYŚCI I RYZYKA PRZEPROWADZENIA BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO, JEGO NASTĘPSTW ORAZ ZANIECHANIA, A PODANE ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI LUB ZATAJENIA WAŻNYCH INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ PONIOSEJ OSOBIŚCIE.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

CZY POZOSTAWIŁ/-A PAN/-I POPRZEDNIE WYNIKI BADAŃ?	TAK						NIE	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ:
	CD	SZT.	RTG	SZT.	OPIS	SZT.		