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. Mimio, iż jest to zabieg bezpieczny, mogą wystąpić powikłania, takie jak duszność, wysypka, świąt 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 fachowa 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 ODPOWIEDŹ.

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 przebył 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 DOŻYLNE 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 DOŻYLNE 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 PONIOSĘ 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.		