



F.DO.1 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 3

Obowiązuje 05.07.2024

Strona 1/2

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię

PESEL

Kod pocztowy

Miejscowość:

Ulica i nr domu

Telefon kontaktowy

Szanowna Pani ! /Szanowny Panie !

O konieczności podania kontrastu decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i jego stanu zdrowia, oraz ewentualnych przeciwwskazań do podania kontrastu.

Środki kontrastowe podawane dożylnie, powodują polepszenie jakości obrazu rentgenowskiego (w tym również tomografii komputerowej), umożliwiają uwidocznienie struktur anatomicznych i tym samym pozwalają na postawienie diagnozy.

W większości przypadków podanie środka kontrastowego nie powoduje zauważalnych odczynów, jednak u niewielkiej ilości osób mogą pojawić się objawy wzmożonej wrażliwości: wysypki skórne, nudności, wymioty, metaliczny posmak w jamie ustnej. Objawy te trwają zwykle kilku minut i są leczone objawowo.

Powikłania związane z dożylnym podaniem środka kontrastowego mogą mieć różne nasilenie i charakter. Możliwe wczesne działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych to nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła, omdlenie, ciężkie wymioty, rozlega pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, a nawet drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu czy zatrzymanie krążenia. Wyżej wymienione objawy występują bardzo rzadko, a personel medyczny jest przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Możliwe powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę to uszkodzenie naczynia krwionośnego, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, rozwarstwienie naczynia żylnego, lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę, zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

WŁAŚCIWĄ POSTAWIĆ ZNAK „X” W KRATCE PRZY WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI:

Uczulenie na jod	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroba tarczycy – przy nadczynności pacjent dostarcza zgodę na badanie od endokrynologa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Cukrzyca (pobieranie leków cukrzycowych)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Astma oskrzelowa, alergie, katar sienny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uszkodzenie czynnościowe nerek, operacje nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby serca i naczyń krwionośnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby krwi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy wystąpiły niepokojące objawy w poprzednich badaniach radiologicznych z zastosowaniem środka kontrastowego? Jeśli tak, to jakie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w ciągu ostatnich 2 godzin przyjmował Pan/i pokarmy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Pytanie dla pacjentek: Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

PACJENTKO! CIĄŻA JEST PRZECIWWSKAZANIEM DO WYKONANIA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ



**F.DO.1 ANKIETA DLA PACJENTÓW
PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika
Bierkowskiego ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 3

Obowiązuje 05.07.2024

Strona 2/2

Proszę podać dolegliwości związane z powodem wykonania badania TK.

.....

Czy miał wykonywane Pan/i zabiegi operacyjne? Jeśli tak, to jakie?

.....

Czy wykonywano już badania RTG/USG/TK/MR badanej dzisiaj okolicy ciała? Jeśli tak, to proszę dostarczyć opisy badań oraz płyty CD z obrazami.

.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA Z WYKORZYSTANIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO

Data i podpis pacjenta:.....

W wyczerpujący sposób zostałem/-am poinformowany/-a o mogących wystąpić objawach nadwrażliwości na jod zawarty w środku kontrastowym. Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania radiologicznego z zastosowaniem środka kontrastowego.

Data i podpis pacjenta:.....

WAGA: **WZROST:**

WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI

Technik wykonujący badanie: pieczętka i podpis
Pielęgniarka: pieczętka i podpis
Lekarz nadzorujący badanie: pieczętka i podpis
Wyniki badań laboratoryjnych:	Kreatynina: GFR: TSH:
Kontrast: nazwa i ilość