



F.DO.5 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM RTG Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO



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

Wydanie 1

Obowiązuje od 22.03.2024

Strona 1/3

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 ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM:

Uczulenie na jod	TAK	NIE
Choroba tarczycy – przy nadczynności pacjent dostarcza zgodę na badanie od endokrynologa	TAK	NIE
Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
Cukrzyca (pobieranie leków cukrzycowych)	TAK	NIE
Astma oskrzelowa, alergie, katar sienny	TAK	NIE
Uszkodzenie czynnościowe nerek, operacje nerek	TAK	NIE
Choroby serca i naczyń krwionośnych	TAK	NIE
Choroby krwi	TAK	NIE
Czy wystąpiły niepokojące objawy w poprzednich badaniach radiologicznych z zastosowaniem środka kontrastowego? Jeśli tak, to jakie?.....	TAK	NIE
Czy w ciągu 6 godzin powstrzymał się Pan/i od przyjmowania pokarmów?	TAK	NIE
Pytanie dla pacjentek: Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE



**F.DO.5 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM RTG Z DOŻYLNYM
PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

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



Wydanie 1

Obowiązuje od 22.03.2024

Strona 2/3

PACJENTKO! CIAŻA JEST PRZECIWWSKAZANIEM DO WYKONANIA BADANIA RTG.

Proszę podać dolegliwości związane z powodem wykonania badania.

.....
.....
.....
.....

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

Czytelny podpis pacjenta.....

WZROST:

WAGA:

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 czytelny podpis Pacjenta



F.DO.5 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM RTG Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO



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

Wydanie 1

Obowiązuje od 22.03.2024

Strona 3/3

WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI

Technik wykonujący badanie: pieczętka i podpis
Pielęgniarka: Poziom kreatyniny: pieczętka i podpis
Lekarz nadzorujący badanie: pieczętka i podpis
Kontrast: nazwa i ilość