

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA  
METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)**



Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.  
Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie  
będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

...../...../20.....  
data badania

**Imię i nazwisko:**

**Data urodzenia:**

dzień

miesiąc

rok

**PESEL:**

**Nr telefonu:**

**Adres zamieszkania:**

**Waga pacjenta:**

kg

**1. Rodzaj badania TK**

.....

**2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co badanie ma wyjaśnić?)**

.....

.....

.....

**Wypełnia pracownik**

Zlecenie lekarskie na podanie środka kontrastowego	Adnotacje dodatkowe
<p>Nazwa i ilość środka kontrastowego:</p> <p><input type="checkbox"/> Ultravist 370    <input type="checkbox"/> Omnipaque    Ilość: <input type="text"/> ml</p> <p>Podpis i pieczęćka zlecającego: <input type="text"/>      Podpis osoby podającej kontrast: <input type="text"/></p>	<input type="text"/>
<p>Osoba obsługująca pacjenta: <input type="text"/></p>	<p>Technik wykonujący badanie: <input type="text"/></p>

	TAK	NIE
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? <b>Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania TK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, angiografia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem dożylnie środka kontrastowego wyrażam na to zgodę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na np. leki, pokarmy, substancje chemiczne? Jeśli tak to na jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwastmatyczne lub w niedalekiej przeszłości występowały napady astmatyczne? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony(a)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy rozpoznano u Pana/Pani niewydolność nerek lub inną chorobę nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ma Pan/Pani nadczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan/Pani leczony(a) i jakim lekiem?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na choroby serca? Proszę zaznaczyć właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, szpiczaka mnogiego? Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (matforminą, fentforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem dożylnego jodowego środka kontrastowego!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy zostawia Pan/Pani wyniki poprzednich badań?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy wyraża Pani/Pan zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Każdorazowo decyzję o podaniu środka kontrastowego podejmuje lekarz radiolog nadzorujący badanie, w oparciu o wskazania diagnostyczne, przeszłość chorobową pacjenta (przebieg choroby pacjenta), oraz o wyniki przedstawionych badań laboratoryjnych ( w tym kreatyniny i TSH).

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwość wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Znane są mi wszystkie zagrożenia z wykonaniem w/w badania. Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/y wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) - wyrażam zgodę na przetwarzanie i administrowanie moich danych osobowych przez NZOZ Top-Med Joanna Szafrank w Chełmie, ul. Słowackiego 33 wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości wykonanego świadczenia medycznego. Zostałem poinformowany/a, że mam prawo wglądu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Podpis pacjenta