

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

na wykonanie

TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ* (TK/CT) lub

TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z PODANIEM DOŻYLNYM KONTRASTU

UROGRAFII (* Niepotrzebne skreślić)

Dane Pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO:																Wzrost (cm)	Waga (kg)
PESEL:																	

Dane Przedstawiciela ustawowego*:

IMIĘ I NAZWISKO:																	
PESEL:																	

(* Niepotrzebne skreślić)

„INFORMACJE DLA PACJENTA”:

1. CEL BADANIA:

Wykonanie badania jest zalecane w celu diagnostycznym, tj. uwidocznienia struktur wewnętrznych organizmu.

2. INFORMACJA O BADANIU:

W badaniu wykorzystuje się promieniowanie jonizujące- rentgenowskie. Jest to badanie obrazowe, dzięki któremu można wykryć obrażenia wewnętrzne i patologiczne zmiany w narządach. Badanie TK, w zależności od potrzeb, wykonuje się bez kontrastu **lub z podaniem kontrastu**. Kontrast może być podany: dożylnie, doustnie, lub doodbytniczo.

TK jest badaniem bezbolesnym. Jedyny moment bólu może pojawić się w trakcie nakłucia naczynia krwionośnego – przy podaniu dożylnym kontrastu.

3. MOŻLIWE ZAGROŻENIA/POWIKŁANIA:

➤ Uczulenie na kontrast pod postacią:

- lekkiej reakcji uczuleniowej– nudności, wymioty, obfite pocenie, zaczerwienienie, pokrzywka, świąd skóry, uczucie ciepła, chrypka, kaszel, kichanie, podwyższenie ciśnienia krwi,
- umiarkowanej reakcji – rozległa pokrzywka, obfite wymioty, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, omdlenie,
- ciężkiej reakcji – drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

➤ Wzrost ryzyka wystąpienia nowotworu przy często powtarzających się badaniach z użyciem promieniowania X.

➤ W wyniku stosowania kontrastu może pojawić się ryzyko nadmiernego obciążenia, a nawet uszkodzenia nerek (wystąpienie ostrej pokontrastowej nefropatii).

➤ Jeśli kontrast otrzyma kobieta karmiąca piersią, to przed wznowieniem karmienia musi odczekać przynajmniej 24 godziny.

Opisane powikłania mogą wystąpić niezależnie od podjętych przez personel medyczny środków ostrożności.

4. PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

➤ **Bezwzględny przeciwwskazaniem (przy badaniu rutynowym) jest: CIAŻA**, ostre wole toksyczne tarczycy, uczulenie na Jod.

➤ **Względny przeciwwskazaniem jest:** uczulenie na leki, środki kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność: krążenia, nerek, wątroby, wywiad alergiczny, niewyrównana nadczynność tarczycy, zażywanie leków z grupy β -blokerów, z grupy biguanidów, Interleukiny 2/Interferon, u kobiet w II połowie cyklu miesięcznego, u których zaistniała możliwość zapłodnienia.

5. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

Przed badaniem:

- Pacjent wypełnia Ankiety nr 1 z informacjami o stanie zdrowia: alergii lub wcześniejszym wystąpieniu reakcji na podanie kontrastu, ciąży, laktacji, klaustrofobii, skłonności do krwawień.
Pacjenci uczuleni na działanie środka kontrastowego, jak również Pacjenci ze schorzeniami nerek, z niewydolnością nerek, schorzeniami tarczycy, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenia, przed rozpoczęciem badania, powinni poinformować o tym lekarza.
- Na badanie warto dostarczyć wyniki innych wykonanych badań obrazowych.
- Do badania TK Pacjent powinien przyjść na czczo, to znaczy, że:
 - przez co najmniej 5-6 godzin przed wykonaniem badania nie powinien spożywać posiłków stałych,
 - przez 3 godziny nie powinien spożywać również płynów,
 - przed badaniem nie należy palić papierosów.

W dniu badania:

- Należy zażyć wszystkie leki stosowane przewlekłe jak dotychczas.
Cukrzyca musi o odpowiedniej porze wziąć insulinę i przyjąć posiłek, a na badanie zabrać ze sobą coś do jedzenia i picia.
- W przypadku badania jamy brzusznej czasami wskazane jest wcześniejsze zastosowanie środków hamujących perystaltykę jelit.
- Przed badaniem Pacjent musi zdjąć wszelkie metalowe ozdoby: biżuterię, zegarki, długopisy, klucze, paski oraz ubrania z metalowymi guzikami, suwakami. Bezpośrednio przy Pacjencie nie powinien znajdować się również telefon komórkowy i portfel.
- Bezpośrednio przed badaniem należy opróżnić pęcherz moczowy.

W trakcie badania:

- Pacjent kładzie się na wąskim ruchomym stole (najczęściej na plecach), który następnie wsuwa się do oświetlonego tunelu. We wnętrzu aparatu wokół Pacjenta porusza się lampa, która wytwarza promieniowanie rentgenowskie. Promienie przechodzą przez ciało badanego i umożliwiają uzyskanie na monitorze obrazu danej warstwy ciała pacjenta. Konieczne jest leżenie bez ruchu, ruch może zniekształcić obraz.
- W pomieszczeniu Pacjent zostaje sam, jednak cały czas ma kontakt z personelem medycznym. Samo badanie, w zależności od jego rodzaju, trwa kilkanaście minut. Konieczna jest współpraca osoby badanej z personelem. Zwykle lekarze proszą, aby wstrzymać na chwilę oddech. Jeśli będziemy postępować według zaleceń, badanie będzie trwało krócej, a jego wynik będzie dokładniejszy.
- W każdej chwili badanie może zostać przerwane, jest połączenie między komorą aparatu a konsolą, gdzie znajduje się personel wykonujący badanie (w aparacie znajduje się oprócz kamer także mikrofon).
- W trakcie badania należy natychmiast poinformować lekarza o wystąpieniu objawów niepożądanych: duszności, zawrotów głowy, nudności, narastającego uczucia lęku.
- Niekiedy podczas badania konieczne jest podanie kontrastu. Jego celem jest poprawa obrazu i odróżnienie od siebie poszczególnych struktur.
- Po podaniu dożylnym środka cieniującego może pojawić się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, zaczerwienienie twarzy. O każdej zmianie samopoczucia należy poinformować personel medyczny.
- W przypadku badania jamy brzusznej i miednicy małej może być konieczne podanie doustne rozcieńzonego środka kontrastowego. Po jego szybkim podaniu doustnym może wystąpić biegunka.
- W niektórych przypadkach, u osób, które nie są w stanie wytrwać bez ruchu przez okres badania, konieczne jest podanie leku uspokajającego lub nawet zastosowanie znieczulenia ogólnego.

Po badaniu:

Po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni przez okres 15-30 minut.

6. NEGATYWNE KONSEKWENCJE NIE WYRAŻENIA ZGODY NA BADANIE

- opóźnienie rozpoznania schorzenia, a tym samym jego prawidłowego leczenia
- progresja patologicznych zmian w organizmie

7. ALTERNATYWNE METODY BADANIA

- Rezonans magnetyczny

Potwierdzam, że zostałam(em) poinformowany o istocie badania, jego celowości oraz ewentualnym ryzyku powikłań. W pełni rozumiłam(em) informacje zawarte w formularzu „**INFORMACJE DLA PACJENTA**” oraz przekazane mi ustnie przez lekarza.

Uzyskałam(em) informacje na temat::

- zasad przygotowania mnie do badania
- zasad zachowania podczas badania
- zasad zachowania po badaniu (możliwości wystąpienia powikłań)
- możliwości wystąpienia powikłań
- negatywnych konsekwencjach nie wyrażenia zgody na badanie.
- alternatywnych metodach badania

Potwierdzam, że zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań z jednoczesnym uzyskaniem odpowiedzi na wszystkie nurtujące mnie wątpliwości związane z badaniem.

Świadomie i bez zastrzeżeń zgadzam się na wykonanie u:

.....
badania TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK/CT)*
UROGRAFII*, BADANIA RENTGENOWSKIEGO (RTG)*
BADANIA Z PODANIEM DOŻYLNYM KONTRASTU JODOWEGO*
(* Niepotrzebne skreślić)

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat wyrażającego zgodę na wykonanie u niego badania
* W przypadku Pacjenta małoletniego poniżej 16 roku życia zgodę wyraża (poniżej) jedynie Przedstawiciel ustawowy

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Przedstawiciela ustawowego wyrażającego zgodę na wykonanie u Podopiecznego badania

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Nie zgadzam się na przeprowadzenie u:

.....
badania TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK /CT)*
UROGRAFII*, BADANIA RENTGENOWSKIEGO (RTG)*
BADANIA Z PODANIEM DOŻYLNYM KONTRASTU JODOWEGO*
(*Niepotrzebne skreślić)

Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwych, negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia mojego/ mojego Podopiecznego* (*Niepotrzebne skreślić)

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat nie wyrażającego zgody na wykonanie u niego badania
* W przypadku Pacjenta małoletniego poniżej 16 roku życia brak zgody wyraża (poniżej) jedynie Przedstawiciel ustawowy

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Przedstawiciela ustawowego nie wyrażającego zgody na wykonanie u Podopiecznego badania

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* Niepotrzebny formularz przekreślić

Ankieta nr 1

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelne wypełnienie ankiety. Podane przez Panią/Pana informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź – X	TAK	NIE
1. Czy jest Pan(i) uczulony(a) na Jod, preparaty Jodu?		
2. Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne (lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy? Jeżeli TAK, proszę podać jakie:		
3. Czy jest Pan(i) na czczo? Jeśli nie, ile godzin pozostaje Pan(i) bez posiłku/ spożywania płynów:		
4. Czy choruje Pan(i) na choroby tarczycy?		
5. Czy choruje Pan(i) na choroby nerek?		
6. Czy choruje Pan(i) na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia?		
7. Czy choruje Pan(i) na cukrzycę? Jeżeli TAK, proszę wymienić jakie leki Pan(i) przyjmuje:		
8. Czy kiedykolwiek miała Pan(i) wykonane badanie TK/MR/ANGIOGRAFIĘ? Jeżeli TAK, kiedy było wykonane badanie?		
9. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
10. Czy jest Pani w ciąży (dotyczy kobiet)?		
11. Czy została Pani(u) przekazana informacja o możliwości podania dożylnego środka kontrastowego?		
12. Czy aktualnie przebywa Pan(i) w szpitalu? Jeśli TAK, proszę podać placówkę, oddział:		

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakresłone odpowiedzi są zgodne z prawdą.

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat
* W przypadku Pacjenta małoletniego poniżej 16 roku życia, brak zgody wyraża (poniżej) jedynie Przedstawiciel ustawowy

.....
Data

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) Przedstawiciela ustawowego