

SZPITAL POWIATOWY

im. A. Wolańczyka Sp. z o.o.

59-500 Złotoryja ul. Hoża11

ANKIETA**PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową, nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka w zakresie prowadzonych przez Spółkę zakładów leczniczych. **WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM**

Nazwisko.....

Płeć

K**M**

Imię.....

Wzrost.....cm

PESEL.....

Waga.....kg

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź- X	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan uczulony na jod, preparaty jodu ?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne(lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:		
Czy jest Pani/Pan na czczo? Jeśli NIE, ile godzin pozostaje Pani/Pan bez posiłku/spożycia płynów:		
Czy choruje Pani/Pan na choroby tarczycy?		
Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek?		
Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia ?		
Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę? Jeśli TAK, proszę wymienić jakie leki Pani/Pan przyjmuje:		
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonane badanie TK/MR/ANGIOGRAFIE/UROGRAFIE/ KORONAROGRAFIE? Jeśli TAK, kiedy było/były wykonane badania?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy jest Pani (dotyczy kobiet) w ciąży?		
Czy została Pani/Panu przekazana informacja o możliwości podania środka kontrastowego?		
Czy aktualnie przebywa Pani/Pan 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, iż treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą:

TAK**NIE**

Wyrażam zgodę na dożylnie
podanie środka kontrastującego

.....
(data, podpis)

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego

.....
(podpis)

Podpis dziecka po ukończeniu 16 r. życia

.....
(podpis)

SZPITAL POWIATOWY
im. A. Wolańczyka Sp. z o.o.
59-500 Złotoryja ul. Hoża11

Formularz wewnętrzny przed badaniem diagnostycznym

Rodzaj badania.....

Imię i nazwisko.....

Data badania.....

Wynik kreatyniny:.....

Wynik eGFR:.....

Wynik poziomu TSH.....

Wynik ciśnienia RR.....

Produkty lecznicze użyte do badania			
Opis objawów niepożądanych	Nazwa kontrastu	Ilość	Jednostka
			ml
			ml
			ml
			ml
			ml
Zastosowane leki:			Seria kontrastu
		 Czytelny podpis pielęgniarki
Dawka otrzymana przez Pacjenta**			
<input type="checkbox"/> DLP*			
<input type="checkbox"/> CTDI vol*			
		 Czytelny podpis technika

.....
pieczętka i podpis lekarza

prowadzącego badanie*

zlecającego podanie środka kontrastowego*

zlecającego leki*

* zaznacz właściwe

** dotyczy badań TK