



Skierowanie na badanie TK

Nazwisko i imię pacjenta		PESEL
Telefon kontaktowy		Adres
Waga	Województwo	Oddział NFZ

Zakres badania:

1. Głowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	6. Klatka piersiowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Szyja	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	7. Jama brzuszna z miednicą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Twarzoczaszka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	8. Jama brzuszna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Twarzoczaszka+ szyja	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	9. Miednica	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Angiografia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

10. Odcinek kręgosłupa (jaki?).....
11. Inne.....

* właściwe zakreślić

Rozpoznanie kliniczne

Kod ICD

Cel badania

Przebyte operacje

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa)

Przeciwwskazania do podania kontrastu (np. uczulenie na jod, niewydolność nerek...)

Mocznik	Kreatynina	GFR	TSH
---------	------------	-----	-----

Uwagi pracowni diagnostycznej:	Wypełnia pracownia diagnostyczna
Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem	Data badania:
	Rodzaj badania:
Wyznaczony termin badania	Technik badający:
	Lekarz badający:
	Podany kontrast:
	Pielęgniarka podająca kontrast:

Ostateczną decyzję o przeprowadzeniu badania i podaniu środka kontrastowego w przypadkach wątpliwych podejmuje lekarz radiolog po zapoznaniu się z posiadaną przez pacjenta dokumentacją medyczną

Data:

Lekarz Kierujący:

Ankieta przed wykonaniem badania Tomografii Komputerowej

Upraszamy prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Nazwisko i imię pacjenta		
PESEL	Wzrost	waga

Proszę o wypełnienie ankiety przez zakreślenie odpowiedzi tak lub nie.

1. Czy choruje Pan/pani na serce lub ma jakiegokolwiek dolegliwości? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Czy chorował(a) lub choruje Pan/Pani na płuca? (zapalenie płuc, częste zapalenia oskrzeli, astma)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Czy jest Pan/Pani uczulony(a)? (leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Czy chorował(a) Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (bole głowy, utrata przytomności, udar, padaczka, bóle korzonkowe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Czy choruje Pan/pani na wątrobę lub nerki? (żółtaczka, kamica)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy choruje pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? (niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Czy choruje Pan/Pani na inne niewymienione choroby ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8. Czy miał(a) Pan/Pani podawane środki kontrastowe?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9. Czy podaniu ich towarzyszyły jakiegokolwiek powikłania? Jeżeli tak to jakie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10. Czy przyjmował(a) Pan/Pani ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś leki? (zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11. Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych, protez zębowych?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
12. Czy pali Pan/Pani papierosy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
13. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? (ciąża stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania tomografii komputerowej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
Miejscowość,

.....
Data/ Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Promieniowanie rentgenowskie

Promieniowanie użyte w badaniu tomografii komputerowej podobnie jak promieniowanie z naturalnych źródeł, któremu cały czas podlegamy związane jest z nieznacznym wzrostem zachorowania na nowotwory. Dawka promieniowania w badaniu tomograficznym jest ściśle kontrolowana i zapewnia najmniejszą możliwą ilość potrzebną do postawienia diagnozy. Ryzyko zachorowania związane z jednym badaniem jest bardzo małe, związane jest ono z wiekiem badanego i całkowitą dawką otrzymaną w trakcie wielu badań z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Lekarz kierujący na badanie powinien mieć uzasadnione przekonanie, że jego wynik dostarczy informacji, które przyczynią się do postawienia prawidłowego rozpoznania lub wykluczenia choroby, oceny jej przebiegu i postępów leczenia oraz, że korzyści z tego tytułu przewyższą możliwe ujemne następstwa dla zdrowia, które mogą być związane z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Powinien rozważyć inne alternatywne metody diagnozowania bez użycia promieniowania jonizującego dające ten sam efekt diagnostyczny.

Wkłucie dożylnie

Istnieje ryzyko wystąpienia: bólu, krwawienia, zasinienia, obrzęku, infekcji. Czasem zdarza się wynacznienie środka kontrastowego poza żyłę, zwykle o łagodnym charakterze. Rzadko mogą wystąpić ciężkie uszkodzenia obejmujące: owrzodzenia skóry, martwicę tkanek miękkich i zespół ciasnoty międzypowięziowej.

Podanie środka kontrastowego

Działania niepożądane związane ze stosowaniem środków kontrastowych zawierających jod i podawanych donaczyniowo, są zwykle łagodne lub umiarkowanie nasilone i przemijające.

W czasie podawania kontrastu u pacjenta może pojawić się uczucie gorąca, wypięki na twarzy, metaliczny smak w ustach, szum w uszach, uczucie parcia na moc. Wyjątkowo może pojawić się swędzenie i mrowienie w miejscu podania środka kontrastowego.

W ciągu godziny od podania kontrastu mogą wystąpić wczesne działania niepożądane.

Często występują: nudności, wymioty zaczerwienienie skóry, pokrzywka, świąd.

Rzadko występują: nasilone wymioty, wyraźna pokrzywka, skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani, atak wazowagalny.

Bardzo rzadko występują: wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie akcji serca, drgawki, nagłe zatrzymanie pracy serca, zgon.

Mogą również występować dreszcze, gorączka, pocenie się, ból i zawroty głowy, błądź, osłabienie, duszność, utrudnione oddychanie, wahanie ciśnienia krwi, świąd, pokrzywka i inne wykwity skórne, obrzęki, skurcze, drżenie mięśniowe, kichanie i łzawienie. Pojawienie się tych objawów nie jest zależne ani od dawki preparatu, ani od drogi podania i może oznaczać początek wstrząsu. Należy natychmiast przerwać podawanie środka kontrastowego i jeśli to konieczne, rozpocząć odpowiednie leczenie dożylnie.

U pacjentów ze skłonnościami alergicznymi częściej dochodzi do reakcji uczuleniowych.

Do ciężkich działań niepożądanych, które mogą pojawić się ze strony układu krążenia i wymagają natychmiastowej pomocy należą: rozszerzenie obwodowych naczyń krwionośnych powodujące spadek ciśnienia krwi, odruchowe przyśpieszenie czynności serca, duszność, pobudzenie, splątanie i sinica. Mogą one spowodować utratę przytomności. Podanie poza-naczyniowe środka kontrastowego rzadko powoduje poważne reakcję tkankowe.

Jeśli po podaniu środka kontrastującego pojawi się ból głowy, kołatanie serca lub inne niepokojące objawy, osoba badana powinna natychmiast powiadomić personel medyczny, ponieważ może to być ostra reakcja alergiczna

Podczas angiografii naczyń mózgowych i innych badań, w czasie których środek kontrastowy dociera wraz z krwią tętniczą do mózgu, mogą pojawić się powikłania neurologiczne takie jak: śpiączka, przemijające splątanie i senność, przemijający niedowład, zaburzenia widzenia i porażenie nerwu twarzowego. U pacjentów z padaczką lub ogniskowymi uszkodzeniami mózgu mogą wystąpić napady drgawkowe. Mogą one pojawić się również, choć bardzo rzadko, po podaniu dożylnym środka kontrastowego.

Rzadko obserwowano przemijającą niewydolność nerek, a sporadycznie późne reakcje uczuleniowe.

Inna rzadka i późna reakcja niepożądana, która zazwyczaj występuje później niż 1 tydzień po wstrzyknięciu jodowego środka kontrastowego to nadczynność tarczycy

Oświadczenie pacjenta - świadoma zgoda

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Ja niżej podpisany(a) świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/u mojego dziecka* badania Tomografii Komputerowej
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Świadomie wyrażam zgodę na podanie jodowego środka kontrastowego do badania Tomografii Komputerowej
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam jednocześnie, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam także, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czyli przyjmowania leków, Jestem świadomy wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 4 godzin przed badaniem nie przyjmowałem(am) żadnych pokarmów ani płynów.

UWAGA:

* W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta
/czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:

.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Zostałam/em w pełni poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta
/czytelny podpis uprawnionego opiekuna*