

# ANKIETA

## PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK/CT) Z PODANIEM DOŻYLNego ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety.  
Podane informacje objęte są tajemnicą zawodową i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

**RODZAJ BADANIA :** .....

Wywiad (dolegliwości, urazy itp.) : .....

**CZY JEST TO PIERWSZE BADANIE TEJ OKOLICY CIAŁA (proszę zaznaczyć) : TAK NIE \***

\* **POPZEDNIE BADANIE / BADANIA BYŁY (kiedy) :** .....

**JEŚLI BYŁY POPZEDNIE BADANIA KONIECZNE JEST DOSTARCZENIE PŁYT.  
!!! BRAK PŁYT Z POPZEDNICH BADAŃ SKUTKUJE BRAKIEM PORÓWNIANIA W OPISIE**

Data badania   /   /     r

Płeć  **K**  **M**

Nazwisko: .....

Wzrost.....cm

Imię: .....

Waga.....kg

PESEL

Kreatynina.....mg/dL

Adres zamieszkania : ul .....  
.....

Kod pocztowy : .....

Miejscowość : .....

**Numer telefonu :** .....

### Badania Tomografii Komputerowej z podaniem środka kontrastowego :

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.

### OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ PO WYKONANIU BADANIA TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM Z PODANIEM DOŻYLNego ŚRODKA KONTRASTOWEGO (WAŻNE !!!)

**Środek kontrastowy** jest zawsze substancją obcą dla organizmu, a więc mogąca powodować reakcje uboczne, które najczęściej są krótkotrwałe, przejściowe i przemijające, **jednak w niektórych sytuacjach ich nasilenie jest większe** i wymagają leczenia, bardzo rzadko występują reakcje **o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu**. Reakcje te nie zależą od dawki podanego preparatu, są to bowiem reakcje typu alergoidalnego.

**Powikłania związane z dożylnym podaniem środka kontrastowego**, które mogą mieć różne nasilenie i charakter, częstość występowania, oraz odstęp czasowy pomiędzy ich wystąpieniem, a podaniem środka kontrastowego może być :

- **Możliwe wczesne działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych:**

- **LEKKIE:** nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła;
- Umiarkowane: omdlenie, ciężkie wymioty, rozlega pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli;
- **CIĘŻKIE:** drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

- **Możliwe opóźnione działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych:**

- Reakcje skórne: wysypka, świąd, obrzęk;
- Reakcje ogólnoustrojowe: bóle, zawroty głowy, nudności, biegunka, dreszcze, skurcze mięśni,
- Opóźnione: bóle rąk, inne reakcje;

**Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacynieniem środka kontrastowego poza żyłę** • uszkodzenie naczynia krwionośnego, • zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, • rozwarstwienie naczynia żylnego • lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacynienia środka kontrastowego poza żyłę, • zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

Rodzaj i ilość kontrastu: ..... Technik wykonujący: .....

Pielęgniarka podająca kontrast : ..... Lekarz zlecający: .....

Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/>		
Czy karmi Pani piersią?			
Czy jest Pan/Pani 6 godzin na czczo ?			
Czy jest Pani/Pan uczulona(y) na jod?			
Czy miała/miał Pan badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu? (np. urografia, tomografia)			
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie?			
<input type="text"/>			
Czy jest Pani/Pan uczulona(y) np. na: leki, pokarmy, substancje chemiczne? Jeśli tak to jakie?:			
<input type="text"/>			
Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pani/Pan leczona(y)?:			
<input type="text"/>			
Czy choruje Pan/Pani na inną chorobę/niewydolność nerek? Jeśli tak to na jaką?			
<input type="text"/>			
Czy ma Pan/Pani nadczynność/niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan/Pani leczony(a) i jakim lekiem?			
<input type="text"/>			
Czy choruje Pan/Pani na serce? Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź : <b>Nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca</b>			
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Pacjenci leczeni doustnie lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem donaczyniowych środków cieniujących!			
Czy choruje Pan/Pani na szpiczaka mnogiego?			
Czy choruje Pan/Pani na dnę moczanową?			
Czy choruje Pan/Pani na nużliwość mięśni (miasthenia gravis)?			
Czy choruje Pan/Pani na chorobę z autoagresji (rzs, toczeń, łuszczycę)?			
Czy choruje Pan/Pani na chorobę układu nerwowego? (udar, padaczka, utrata przytomności?)			
Czy przyjmuje Pan/Pani leki: niesterydowe leki przeciwzapalne, neuroleptyki, leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, pochodne fenotiazyny, leki przeciwdepresyjne? <b>!!! Pacjenci przyjmujący powyższe leki powinni wstrzymać się od przyjmowania ich na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem kontrastu.</b>			

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że: (zaznaczyć krzyżykiem ( X) w polu  oraz podpisać):

- Wyrażam świadomą zgodę na badanie tomografem komputerowym z podaniem środka kontrastowego.
- Poinformowano mnie w sposób zrozumiały o przebiegu badania oraz o przeciwwskazaniach i ryzyku powikłań związanych z dożylnym podaniem środka kontrastowego podczas badania tomografem.
- Zostałem/Zostałam poinformowany o KOSZTACH i zobowiązuję się do ich pokrycia.
- Powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Podpis:

data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego

Oświadczam, że :

- osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań jest :

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

- nie upoważniam żadnej osoby do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań

.....  
data i podpis pacjenta

**OPIS BADANIA:** wydawany jest w terminie **14 dni roboczych** od daty wykonania badania.