



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie II

ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) lub RTG

Strona: I

Stron: 2

Data: 27.06.2019

.....
imię i nazwisko pacjenta/pacjentki.....
data urodzenia

waga ciała (orientacyjnie)

wzrost (orientacyjnie)

Badanie TK lub RTG jest badaniem diagnostycznym, polegającym na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą promieniowania rentgenowskiego, które jest promieniowaniem jonizującym. Badanie wykonywane jest przez technika elektroradiologii pod nadzorem lekarza radiologa i pielęgniarki. Trwa około 10-30 minut. Bezpośrednio przed badaniem pacjent może być poproszony i zdjęcie rzeczy znajdujących się w okolicy zakresu badanej części ciała, mogącej mieć negatywny wpływ na jakość otrzymanych obrazów. Pacjent kładzie się na stole do badań, najczęściej w pozycji na plecach, ewentualnie na boki lub na brzuchu. Podczas wykonywania badania TK stół powoli przesuwany przez urządzenie w celu uzyskania obrazów badanego obszaru. W celu uzyskania najlepszej jakości obrazów diagnostycznych w trakcie badania pacjent powinien leżeć nieruchomo, może zostać również poproszony o wstrzymanie oddechu. W niektórych przypadkach (w zależności od rodzaju badania) konieczne jest zastosowanie środka kontrastowego.

W przypadku badań z podaniem środka kontrastowego mogą wystąpić powikłania:

- **Lekkie** – nudności, wymioty, świąd skóry, pocenie się, pokrzywka, kaszel, chrypka, po wprowadzeniu wenflonu do żyły może dojść do pęknięcia żyły, wynaczynienia środka kontrastowego, zapalenia żył powierzchniowych.
- **Średnie** – omdlenie, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli
- **Ciężkie** – drgawki, wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddychania, zatrzymanie akcji serca

W trakcie podawania środka kontrastowego pacjent może odczuwać ciepło/gorąco, metaliczny/słodki smak w ustach. Tego odczucia są dość częste i nie powinny budzić niepokoju. Jeśli wystąpi uczucie duszności, nudności lub szybkiego bicia serca należy natychmiast powiadomić personel pracowni. Po badaniu z podaniem środka kontrastowego pacjent przez około 30 minut pozostaje pod nadzorem personelu wykonującego badanie, po upływie tego czasu wenflon jest usuwany przez pielęgniarkę.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Proszę zaznaczyć (☒ lub ☑) prawidłową odpowiedź

Wypełniają Pacjenci i Pacjentki

Czy w przeszłości wykonane było badanie TK illub MR illub RTG z podaniem środka kontrastowego? TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, inne) **Jeśli tak, proszę je opisać** NIE WIEM TAK NIE

Czy jest Pani w ciąży? NIE WIEM TAK NIE

Czy karmi Pani piersią TAK NIE

Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę serca lub wątroby lub tarczycy lub nerek lub czy występują dolegliwości związane z nerkami? (wpisać objawy lub rozpoznanie) TAK NIE

.....
data.....
podpis pacjenta/pacjentki lub prawnego opiekuna

WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Ankieta została przyjęta i sprawdzona

UWAGI

data:..... podpis:.....



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie II

ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) lub RTG

Strona: 2

Stron: 2

Data: 27.06.2019

Do badania Pacjent dostarczył:

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia TK..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia MR..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia RTG..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Opisy poprzednich badań..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Dokumentację USG..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Płyty CD..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Inne | szt. |

.....
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji

.....
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

Oświadczam, że w dniu wykonania badania TK/MR nie podlegam diagnostyce i leczeniu onkologicznemu (DILO), opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania TK/MR nie wykonywałem/wykonywałam badań diagnostycznych (TK, MR lub PET) w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych.

Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem.

* dotyczy badań kosztochłonnych

.....
Podpis Pacjenta

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania diagnostycznego z wykorzystaniem promieniowania jonizującego oraz ewentualne podanie środka kontrastowego, zostałem/am poinformowany/a o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem zrozumiałą odpowiedź.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego związanego z dożylnym podaniem środka kontrastowego, w tym możliwości wynacznienia

** dotyczy wszystkich badań

.....
Podpis Pacjenta

Zostałem/am również poinformowany/a o cenie badania i wyrażam zgodę na pokrycie jego kosztów. Jednocześnie oświadczam, że nie będę wnosil/a z tego tytułu roszczeń o zwrot kosztów do NFZ.

*** dotyczy badań prywatnych

.....
Podpis Pacjenta