



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie 13

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

Strona: 1

Stron: 2

Data: 7.03.2022

.....
Im'я та прізвище.....
Дата народження

Вага тіла

Зріст

КТ або рентгенологічне дослідження - це діагностичне обстеження, що полягає в отриманні зображень структур організму за допомогою рентгенівських променів, яким є іонізуюче випромінювання. Обстеження проводиться електрорадіологом під наглядом радіолога і медсестри. Триває близько 10-30 хвилин. Безпосередньо перед обстеженням пацієнта можуть попросити зняти речі, які розташовані в області діапазону досліджуваної частини тіла, що може вплинути на якість отриманих зображень. Хворий кладеться на стіл обстеження, найчастіше в положенні на спині, можливо, на боці або на животі. При виконанні комп'ютерної томографії стіл повільно рухається по пристрою для отримання зображень досліджуваної області. Для того щоб отримати найкращу якість діагностичних зображень під час обстеження, пацієнт повинен лежати нерухомо, його також можуть попросити затримати дихання. У деяких випадках (в залежності від виду дослідження) необхідно використовувати контрастний засіб.

У разі проведення досліджень з введенням контрастного засобу можуть виникнути ускладнення:

- **Легка** – нудота, блювота, свербіж шкіри, пітливість, кропивниця, кашель, хрипота, після введення катектера у вену може виникнути розрив вени, вихід контрастного засобу, запалення поверхневих вен.
- **Середній** – непритомність, набряк обличчя, набряк гортані, бронхоспазм.
- **Важкі** – судоми, гіпотензивний шок, зупинка дихання, зупинка серця.

Під час введення контрастного засобу пацієнт може відчувати теплий/гарячий, металевий/солодкий смак в роті. Це відчуття досить часте і не повинно викликати занепокоєння. Якщо ви відчуваєте задишку, нудоту або прискорене серцебиття, слід негайно повідомити про це співробітників лабораторії. Після огляду з введенням контрастного засобу пацієнт залишається під наглядом персоналу, що проводить обстеження, близько 30 хвилин, після чого катектер видаляється медсестрою..

Заради вашої безпеки, будь ласка, завершіть опитування ретельно.

Будь ласка, поставте галочку (або) правильна відповідь.

Заповнені пацієнтами

Чи була проведена в минулому КТ талабо МРТ талабо рентген з контрастним агентом?

ТАК НІ

У вас коли-небудь була алергічна реакція? (алергія на контрастні засоби, препарати та інші)? Якщо так, будь ласка, опишіть їх.

Я НЕ ЗНАЮ

ТАК НІ

У вас діагностували хвороби серця або печінки, захворювання щитовидної залози або нирок, або у вас є проблеми з нирками? (введіть симптоми або діагноз)

ТАК НІ

Тільки пацієнти заповнюють

Ви вагітні?

Я НЕ ЗНАЮ

ТАК НІ

Ви годуєте грудьми?

ТАК НІ
Дата.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Ankieta została przyjęta i sprawdzona

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

UWAGI



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie 13

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

Strona: 2

Stron: 2

Data: 7.03.2022

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. |

.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji

.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

Повідомте про це реєстраційного працівника, якщо ви берете участь у програмі лікарських засобів, що фінансується Національним фондом охорони здоров'я.

Заявляю, що в день КТ /МР обстеження я не підлягаю діагнозу та онкологічному лікуванню (ДІЛО), тривалому догляду та госпіталізації. Я також заявляю, що в день КТ / МР обстеження я не виконував / не проводив діагностичних тестів (КТ, МР або ПЕТ) в рамках НФЗ в інших медичних установах.

Я визнаю (на підставі Закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів), що в разі неправдивої інформації я покрию повну вартість виконаного діагностування відповідно до чинного преїскуранта.

* dotyczy badań kosztownych

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун

Заявляю, що даю свою інформовану згоду на проведення діагностичного тесту з використанням іонізуючого випромінювання і можливого введення контрастного засобу, мені повідомили про тип обстеження і спосіб підготовки до обстеження.

Мені повідомили про можливість несприятливої події, пов'язаної з внутрішньовенними контрастними засобами масової інформації, включаючи можливість екстравазації.

** dotyczy wszystkich badań

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун

Я також був проінформований про ціну дослідження і погодитися покрити його витрати.

При цьому заявляю, що не буду пред'являти ніяких претензій на відшкодування витрат в НФЗ.

*** dotyczy badań prywatnych

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун