



Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza^(A)
w Chojnicach
89-600 Chojnice, ul. Leśna 10
tel. 52 39 56 550
Zakład Diagnostyki Obrazowej



ANKIETA I ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TK/UROGRAFII

Przed podpisaniem zgody na wykonanie badania, prosimy o zgłoszenie informacji dotyczących nadwrażliwości na leki i współistnienia wymienionych poniżej chorób przez zaznaczenie odpowiedzi TAK/NIE.

Wykonanie badania diagnostycznego TK/UROGRAFII wymaga donaczyniowego podania środka kontrastowego. Mimo iż zabieg jest bezpieczny, mogą wystąpić powikłania, takie jak: duszność, wysypka, świąd skóry, wstrząs anafilaktyczny, zapaść. Opisane powikłania mogą wystąpić niezależnie od wszystkich podjętych środków ostrożności.

W czasie badania i pobytu z Zakładzie Diagnostyki Obrazowej jest Pan/Pani pod fachową opieką lekarzy radiologów. Gabinety są przystosowane do udzielania niezbędnej pomocy.

Prosimy o rzetelne wypełnienie formularza

IMIĘ I NAZWISKO PESEL ID

WIEK WAGA KREATYNINA GFR KOMÓRKA ORG

Prosimy zaznaczyć prawidłową odpowiedź stawiając „X” w odpowiednim okienku

L.p.		TAK	NIE
1.	Czy jest Pan/Pani na czczo (min. 3 godziny)?		
2.	Czy miał/a Pan/Pani podawane środki kontrastowe?		
3.	Jeśli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne? Jeśli tak, to jakie.....		
4.	Czy choruje Pan/Pani na niewydolność lub inne choroby nerek?		
5.	Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie?		
6.	Czy choruje Pan/Pani na nadczynność lub inne choroby tarczycy?		
7.	Czy choruje Pan/Pani na astmę, alergię?		
8.	Czy choruje Pan/Pani na padaczkę?		
9.	Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?		
10.	Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?		

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości powikłań po podaniu środka kontrastowego.
ZGADZAM SIĘ NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

(czytelny podpis pacjenta, opiekuna, przedstawiciela ustawowego)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości powikłań po podaniu środka kontrastowego.
NIE ZGADZAM SIĘ NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

(czytelny podpis pacjenta, opiekuna, przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIE

Po dożylnym podaniu środka kontrastowego obowiązuje zakaz prowadzenia pojazdów oraz obsługa urządzeń precyzyjnych przez godzinę

GODZINA PODANIA:

(czytelny podpis pacjenta, opiekuna, przedstawiciela ustawowego)