

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

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

I. Podstawowe informacje dotyczące danych osobowych pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wzrost Waga.....

W przypadku, gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawowy:

Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego:

II. Informacje dotyczące przebiegu badania i możliwych działań niepożądanych podczas badania z podaniem środka kontrastowego.

Badanie TK wiąże się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. W trakcie badania możliwe jest dożylne podanie środka kontrastowego w celu uzyskania lepszej wizualizacji narządów i tkanek. Istnieją możliwe ryzyka i działania niepożądane w tym między innymi reakcje alergiczne:

lekkie - nudności, wymioty, pokrzywka, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie, uczucie ciepła,

Umiarkowane – omdlenie, obrzęk twarzy, krtani, skurecz oskrzeli

Ciężkie - drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie krążenia.

Z uwagi na fakt, że kontrast jest gęsty, ma konsystencję oleistą, przy osłabionych naczyniach krwionośnych czasem zdarza się pęknięcie naczynia żylnego w trakcie podawania leku. Dochodzi do wynaczynienia, czyli niezamierzonego wydostania się leku poza naczynie żyłne do otaczających tkanek. Stosuje się wtedy miejscowy opatrunek łagodzący objawy.

III. Aby ograniczyć do minimum ryzyko powikłań, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy chorował/chorowała lub choruje Pan/Pani na płuca? (zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, astma)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

2. Czy choruje Pan/Pani na serce lub ma jakieś dolegliwości? (choroba wieńcowa, zawał, nadciśnienie)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

3. Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (ból głowy, utrata przytomności, udar, padaczka)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

4. Czy choruje Pan/Pani na wątrobę lub nerki? (żółtaczka, kamica, marskość)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

5. Czy jest Pan/Pani uczulony/uczulona? (leki, plaster, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

6. Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne. (niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

7. Czy choruje Pan/Pani na inne nie wymienione choroby?

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

8. Czy miał/miała Pan/Pani podawane środki kontrastowe? (czy towarzyszyły temu jakiegolwiek powikłania)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

9. Czy przyjmował/przyjmowała Pan/Pani ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś leki? (zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne)

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

10. Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych lub protez zębowych?

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

11. Czy kiedykolwiek były przeprowadzone u Pana/Pani jakieś operacje np. wycięcie wyrostka, wycięcie pęcherzyka żółciowego (woreczka), operacje ginekologiczne?

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, proszę podać dokładne informacje.....

12. Czy pali Pan/Pani papierosy?

☐ TAK ☐ NIE

13. Czy jest Pani lub podejrzewa że może być w ciąży?

☐ TAK ☐ NIE

IV. Oświadczenie pacjenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawioną informację na temat przebiegu badania i możliwych powikłań, które mogą wystąpić w związku z podaniem środka kontrastowego w trakcie badania tomografii komputerowej oraz że zapewniono mi możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący

2. Oświadczam, że udzieliłem/am prawidłowych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Jestem świadomy/a, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.

3. Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 4 godzin przed badaniem nie przyjmowałem/am żadnych pokarmów ani płynów.

4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie do odmowy wykonania badania w dowolnym momencie przed jego rozpoczęciem.

4. (Dotyczy kobiet) Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Wyrażam świadomą, dobrowolną i podjętą bez przymusu zgodę na wykonanie badania, a w przypadku konieczności, wyrażam zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego.

☐ TAK ☐ NIE jeśli NIE, proszę podać powód odmowy:.....

.....

.....

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji