.....
Nazwisko i imię pacjenta

Pieczątka komórki organizacyjnej

PESEL .....

ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO Z PODANIEM / BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Badanie diagnostyczne wymaga podania środka kontrastowego, dzięki któremu dokładniej będą uwidocznione narządy wewnętrzne i struktury anatomiczne. Aktualnie stosuje się nowoczesne jodowe, niejonowe środki kontrastowe cechujące się niskim ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych. W większości przypadków podanie środka kontrastowego nie powoduje żadnych odczynów. W niektórych jednak przypadkach może wystąpić wzmożona wrażliwość na jodowe środki cieniujące w postaci takich objawów jak: wysypka skórna, nudności, wymioty, nasilone reakcje uczuleniowe, wstrząs anafilaktyczny. Po podaniu środka kontrastowego w rzadkich przypadkach może dojść do: pęknięcia żyły, wynaczynienie środka kontrastowego i zapalenie żył powierzchniowych.
Prosimy o rzetelne wypełnienie formularza.
Informacje w nim zawarte pozwalają na określenie stopnia ryzyka wystąpienia objawów ubocznych i zdecydują o ewentualnym odstąpieniu od podania środka kontrastowego.

1. Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek podany środek kontrastowy? TAK ☐ NIE ☐
2. Jeśli tak czy wystąpiły objawy uboczne? TAK ☐ NIE ☐
   Proszę określić ich charakter:
   .....
3. Czy wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na leki? TAK ☐ NIE ☐
   Jeśli tak, to proszę wymienić jakie leki
   .....
   Proszę określić ich charakter .....
4. Czy występują u Pana/Pani choroby:
   - nerek TAK ☐ NIE ☐
   - tarczycy TAK ☐ NIE ☐
   - cukrzyca TAK ☐ NIE ☐
   - choroba alkoholowa TAK ☐ NIE ☐
   - zaawansowana nadciśnienie TAK ☐ NIE ☐
   - alergie, katar sienny TAK ☐ NIE ☐
   - serca, krwi, naczyń krwionośnych TAK ☐ NIE ☐
   - szpiczak mnogi TAK ☐ NIE ☐
   - guz chromochłonny nadnerczy TAK ☐ NIE ☐

OŚWIADCZENIE PACJENTA (PRZEDSTAWCIELA USTAWOWEGO)

OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/A W SPOSÓB ZROZUMIAŁY O PROPONOWANEJ METODZIE BADANIA Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO Z RYZYKIEM WYSTĄPIENIA EWENTUALNYCH POWIKŁAŃ (POWAŻNE ZAGROŻENIE ZDROWIA LUB ŚMIERCI) I NIEPOŻĄDANYCH OBJAWÓW ORAZ, ŻE NIE BĘDĘ W ZWIĄZKU Z TYM WNOSIŁ/A ŻADNYCH ROSZCZEŃ.

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY NA WYKONANIE BADANIA:

.....

Z ZASTOSOWANIEM / BEZ ZASTOSOWANIA JODOWEGO ŚRODKA CIENIUJĄCEGO*

.....

Data | Podpis i pieczątka lekarza | Czytelny podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

* właściwe zaznacz.

OŚWIADCZAM, ŻE W CHWILI OBECNEJ NIE PODEJRZEWAM U SIEBIE I NIE JESTEM W CIĄŻY**

..... Data

..... Czytelny podpis pacjentki

** dotyczy kobiet

Wypełnia pracownia TK

Ciśnienie tętnicze .....

Kreatynina .....

TSH (przy chorobach tarczycy) .....

Waga .....

Zlecenie podania środkowego kontrastowego

Nazwa środka kontrastowego .....

Zlecona dawka .....

Droga podania .....

..... Podpis i pieczątka pielęgniarki

..... Podpis i pieczątka lekarza

Powikłania po podaniu środka kontrastowego:

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakie:

.....

.....

.....

.....

..... Podpis i pieczątka pielęgniarki

..... Podpis i pieczątka lekarza