

Data badania:

Waga:

Wzrost:

Imię i nazwisko:

PESEL:

**Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.
Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź zakreślając ją kółkiem.**

Czy miał Pan/Pani wykonywane wcześniej badania ze środkiem kontrastowym lub cieniującym?
(urografia, tomografia, koronografia)?

Tak Nie

Czy pojawiły się po poprzednich badaniach reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie?

UWAGA! Pacjenci chorzy na cukrzycę leczeni metforminą - jeśli poziom kreatyniny jest wyższy niż 1,4 mg/ml (gfr < 60 ml/min) konieczne jest odstawienie metforminy na 48 godzin przed i 48 po dożylnym podaniu środka cieniującego. Ponadto przed i po badaniu zaleca się intensywne nawadnianie i monitorowanie funkcji nerek i poziomu glukozy we krwi.

Czy miał Pan/Pani reakcje alergiczne na leki, pokarmy lub inne reakcje alergiczne?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie i kiedy?

Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie?

Czy przebył/a Pan/Pani choroby zakaźne (nie dotyczy wieku dziecięcego)?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie?

Proszę wskazać, czy cierpi Pan/Pani na poniżej wymienione choroby lub dolegliwości:

Choroby tarczycy (nadczynność)

Tak Nie

Astma oskrzelowa

Tak Nie

Choroby nerek (np. niewydolność)

Tak Nie

Choroby układu nerwowego (padaczka, utraty przytomności)

Tak Nie

Cukrzyca

Tak Nie

Inne

Tak Nie

Nadciśnienie tętnicze

Tak Nie

Jeśli posiada Pan/Pani INNE, proszę wskazać jakie:

Czy chce Pan/Pani przekazać jakieś informacje dotyczące stanu zdrowia lekarzowi opisującemu badanie?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

UWAGA: DOTYCZY WYŁĄCZNIE KOBIET

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania tomografii komputerowej jest ciąża.

OŚWIADCZAM, ŻE:

• jestem w ciąży

Tak Nie

• karmię piersią

Tak Nie

• data ostatniej miesiączki:

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

***INFORMACJA:** w indywidualnych przypadkach, w celu uzyskania optymalnej wartości diagnostycznej badania, zachodzi konieczność dożylnego podania środka kontrastowego. Sporadycznie może on powodować reakcje idiosynkrazji z objawami podobnymi do reakcji alergicznej, lub wynaczynienie (niezamierzone przedostanie się kontrastu poza naczynie żyłne). W zależności od rodzaju środka kontrastowego w trakcie jego podania pacjent może odczuwać metaliczny smak w ustach oraz uczucie gorąca. W takich sytuacjach należy natychmiast powiadomić personel medyczny. Objawami mogą być także: nudności, reakcje skórne, duszność, przyspieszona akcja serca lub zawroty głowy. W skrajnych przypadkach mogą wystąpić poważniejsze powikłania, takie jak: omdlenia, obrzęk twarzy i krtani, skurcz oskrzeli, drgawki, spadek ciśnienia krwi, zatrzymanie oddechu lub zatrzymanie akcji serca. Po wykonanym badaniu Pacjent powinien przez 30 minut pozostać pod nadzorem personelu medycznego. Po tym okresie pielęgniarka może usunąć wenflon. Środek kontrastowy może wpływać na zdolność prowadzenia pojazdów. Nie zaleca się prowadzenia pojazdu przez godzinę od podania środka kontrastowego.

Badanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie i powoduje napromieniowanie Pacjenta w czasie badania. Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe – jeżeli byto wcześniej wykonywane badanie z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był poddany leczeniu z użyciem promieniowania jonizującego.

***OŚWIADCZENIE:** Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na badanie metodą tomografii komputerowej	Tak	Nie
Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego	Tak	Nie
Czy Pan/Pani wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości?	Tak	Nie
<i>Jeśli TAK, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)</i>		

.....

data

.....

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIE W RAMACH NFZ

Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	Tak	Nie
.....		
data	podpis pacjenta lub opiekuna prawnego	

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIE PRYWATNE

W przypadku badania prywatnego zobowiązuje się pokryć koszty badania tj. PLN, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego. Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie odbioru wyników badania.

.....		
data	podpis pacjenta lub opiekuna prawnego	

ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Ja, niżej podpisany, potwierdzam, że wskazany przeze mnie poniżej numer telefonu/adres email* jest właściwy do komunikowania się ze mną przez Affidea w sprawach związanych z usługami świadczonymi przez Affidea na moją rzecz, w tym w celu wysyłki na ten numer telefonu/adres email* wiadomości SMS/wiadomości email* zawierających dane autoryzacyjne niezbędne do korzystania przeze mnie z Portalu Pacjenta prowadzonego przez Affidea pod adresem www.affidea.pl, umożliwiające m.in. przeglądanie i pobieranie wyników badań diagnostycznych online.

numer telefonu: – jego podanie jest niezbędne w celu korzystania przez pacjenta z Portalu Pacjenta (odbioru wyników badań)

adres email: – jego podanie nie jest niezbędne w celu korzystania przez pacjenta z Portalu Pacjenta, ale umożliwi otrzymanie danych autoryzacyjnych do tego Portalu w formie wiadomości email

.....		
data	podpis pacjenta lub opiekuna prawnego	



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001