

Pieczętka jednostki kierującej

data wystawienia

SKIEROWANIE NA BADANIE TK

imię i nazwisko pacjenta

pesel

adres

telefon

zakres badania

rozpoznanie

ICD10

skrócony wywiad

przebyte operacje

Proszę dołączyć wyniki badań (w szczególności badań obrazowych)

wpisać wartość GFR

masa ciała:kg.

Status badania TK*: pilne / planowe / cito

(*podkreślić właściwe)

Ustalony termin badania:

Data:..... Godzina:.....

podpis i pieczętka lekarza zlecającego badanie

wypełnia pracownia diagnostyczna:

Data badania

Imię i nazwisko lekarza badającego/nadzorującego

Imię i nazwisko technika badającego

rodzaj badania

Podany kontrast

Kwestionariusz medyczny przed wykonaniem Tomografii Komputerowej

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza
Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne

imię i nazwisko pacjenta

pesel

Proszę o wypełnienie ankiety przez podkreślenie odpowiedzi TAK lub NIE. Jeżeli odpowiedź brzmi „TAK” proszę o możliwie dokładny opis problemu na odwrocie karty.

- | | | | |
|---|-----|-----|-------------|
| 1. Czy choruje Pani/Pan na serce lub ma jakiegokolwiek dolegliwości?
(choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie) | TAK | NIE | |
| 2. Czy chorowała/chorował lub choruje Pani/Pan na płuca?
(zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, astma) | TAK | NIE | |
| 3. Czy jest Pani/Pan uczulona/uczulony?
(leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne) | TAK | NIE | |
| 4. Czy chorowała/chorował Pani/Pan na choroby układu nerwowego?
(ból głowy, utrata przytomności, udar, padaczka, ból korzonkowy) | TAK | NIE | |
| 5. Czy choruje Pani/Pan na wątrobę lub nerki?
(żółtaczka, kamica) | TAK | NIE | |
| 6. Czy choruje Pani/Pan na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne?
(niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne) | TAK | NIE | |
| 7. Czy choruje Pani/Pan na inne niewymienione choroby? | TAK | NIE | |
| 8. Czy miała/miał Pani/Pan podawane środki kontrastowe? | TAK | NIE | |
| 9. Czy po podaniu środków kontrastowych towarzyszyły Pani/Panu jakiegokolwiek powikłania? | TAK | NIE | |
| 10. Czy przyjmowała/przyjmował Pani/Pan ostatnio jakieś leki ?
(zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne) | TAK | NIE | |
| 11. Czy obecnie przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?
(zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne) | TAK | NIE | |
| 12. Czy używa Pani/Pan soczewek kontaktowych lub protez zębowych? | TAK | NIE | |
| 13. Czy pali Pani/Pan jakieś papierosy? | TAK | NIE | |
| 14. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ? | TAK | NIE | NIE DOTYCZY |

Zgoda na wykonanie badania Tomografii Komputerowej

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/u mojego dziecka badanie Tomografii Komputerowej i ewentualne dożylnie podanie kontrastu w trakcie badania.

Oświadczam jednocześnie, że miałam/miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/uzyskałem zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/miałem wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że nie zataiłam/zataiłem żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia., przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowania leków, będąc świadomą/świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 4 godzin przed badaniem nie przyjmowałam/przyjmowałem żadnych pokarmów ani płynów. Jestem poinformowana/poinformowany o ewentualnych kosztach badania wraz z kontrastem. Oświadczam, iż nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania).

Miejscowość, data

podpis pacjenta*

Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie

*Jeżeli pacjent nie ukończył 18 lat, zgodę w jego imieniu podpisuje rodzic lub opiekun prawny