

134

Zakład Diagnostyki Obrazowej
Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej ul. Szpitalna 22
Tel. 33-8723-291

.....
Pieczątką adresową kierującego
z identyfikatorem świadczeniodawcy

.....
miejscowość

.....
Data wystawienia
skierowania

Skierowanie na badanie
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

DANE O PACJENCIE:

Numer Badania TK...../.....

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania (w tym województwo)

.....tel.

Data urodzenia..... PESEL

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

Rodzaj badania

Rozpoznanie kliniczne ICD-10.....

Co badanie ma wyjaśnić

Choroby przebyte

Badania przedmiotowe.....

Dokumentacja pozostawiona przez pacjenta do badania TK (RTG, TK, USG, RM – istotna do badania)

Zabiegi operacyjne

Waga pacjenta..... kg

Pacjent chodzący/leżący

Badanie pierwsze/kolejne

Poziom Kreatyniny ☐ brak wyniku

Poziom TSH ☐ brak wyniku

Zalecam dożylną podanie ml środka kontrastowego

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ANKIETA (zaznaczyć właściwe)

Dane ankiety są poufne i zostają wykorzystane tylko w celu bezpiecznego wykonania badania TK.
Ankieta wypełnia pacjent lub jego prawny opiekun.

Czy w przeszłości było wykonywane badanie TK ?

☐ TAK ☐ NIE

Czy po podaniu Pani/Panu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe ?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to jakie ?.....

Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek, tarczycy, wątroby, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę, astmę ? Jeśli tak proszę podkreślić właściwe

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam (pacjent lub prawny opiekun) że według mojej wiedzy w badaniu TK:

☐ nie jestem w ciąży ☐ podejrzewam że jestem w ciąży ☐ jestem w ciąży ☐ nie dotyczy

Świadomie i dobrowolnie oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała i podane odpowiedzi prawdziwe. Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zrozumiały i zostałam/em poinformowana/y o ewentualnej potrzebie podania środka kontrastowego w czasie badania. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań po badaniu, ale świadomie i dobrowolnie zgadzam się na wykonanie badania.

Zgadzam się na badanie TK z dożylnym podaniem środka kontrastowego

☐

Zgadzam się na badanie TK, ale nie zgadzam się na podanie środka kontrastowego

☐

Nie zgadzam się na badanie TK i zostałam/em poinformowana/y o możliwościach negatywnych konsekwencji takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

☐

Data:.....

.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Podpisanie przez pacjenta niemożliwe:

☐ pacjent nieprzytomny

Pacjent przytomny ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu

☐ (po przeczytaniu zgody przez lekarza pacjent wyraża zgodę na wykonanie badania diagnostycznego)

Data:.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego i radiologa