

Imię i Nazwisko

Numer Badania TK

PESEL

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

Rodzaj badania

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 w stanie uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po odczytaniu zgody przez pacjent wyraża zgodę na wykonanie badania diagnostycznego)

Data:

Podpis radiologa i drugiej osoby (np. technika lub pielęgniarki)

Ankieta została przyjęta i sprawdzona: data

Czytelny podpis osoby odbierającej

Zalecam dożylne podanie ml środka kontrastowego