

Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. Edwarda Hankego
ul. Truchana 7 41-500 Chorzów, tel: 32 34 90 000
I cz. Systemu kodów resortowych: 000000013943
Wielospecjalistyczne Centrum Diagnostyczno – Terapeutyczne w Pediatrii i Onkologii
Pracownia Diagnostyki Obrazowej i Izotopowej 03
Dział TK 051

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

NAZWISKO i IMIĘ:.....

PESEL: / DATA URODZENIA:

WAGA

DLA KOBIET:

Uwaga! Badanie TK jest badaniem z użyciem promieni X-RTG, które mają działanie biologiczne i mogą uszkodzić płód.

Ciąża jest przeciwwskazaniem do wykonania planowego badania TK.

Jeśli istnieje jakiegokolwiek podejrzenie ciąży należy wykonać test ciążowy w celu jej wykluczenia.

Oświadczam, na podstawie wykonanego testu ciążowego, że: **nie jestem w ciąży / jestem w ciąży**

Czy Pani karmi piersią? **TAK NIE**

W przypadku badań dzieci, należy mieć przy sobie książeczkę zdrowia dziecka.

1. Oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgłaszając się na badanie TK nie jestem hospitalizowana/y, ani na przepustce z innego szpitala .
2. Czy jest Pani/Pan uczulony/a na leki, pokarmy, środki chemiczne? **TAK NIE**
Jeśli tak proszę wymienić jakie:
3. Czy jest Pani/Pan uczulony/a na jod ? **TAK NIE**
4. Czy miał/a Pan/Pani kiedyś badanie z podaniem dożylnie jodowego kontrastu? (np. TK, urografia) **TAK NIE**
5. Czy po dożylnym podaniu kontrastu jodowego wystąpiły powikłania. **TAK NIE**
Jeżeli tak to proszę podać jakie.....
6. Czy choruje Pani/Pan na nerki? **TAK NIE**
7. Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie?, niewydolność krążenia?, chorobę wieńcową?, zaburzenia rytmu serca?* (właściwe podkreślić) **TAK NIE**
8. Czy choruje Pani/Pan na nadczynność/niedoczynność tarczycy, szpiczaka mnogiego, guza chromochłonnego nadnerczy (właściwe podkreślić) **TAK NIE**

9. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę **TAK NIE**
10. Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałam/em pokarmów **TAK NIE**
11. **Pacjenci leczenia metforminą** powinni wstrzymać się od przyjmowania leku 48 godz. przed badaniem i 24 godziny po badaniu
12. Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowania leków.
13. Jestem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań po dożylnym podaniu kontrastu:
Powikłania łagodne: nudności, łagodne wymioty, pokrzywka, świąd, łzawienie, kichanie
Powikłania umiarkowane: ciężkie wymioty, wyraźnie widoczna pokrzywka, skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani, napad wazowagalny
Powikłania ciężkie: wstrząs ze znacznym spadkiem ciśnienia, zatrzymanie czynności oddechowej, drgawki, zatrzymanie akcji serca
14. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na badanie tomografii komputerowej (TK).
15. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na dożylnie podanie środka kontrastowego.

Data i podpis pacjenta (dotyczy również pacjentów powyżej 16 r.ż.)

Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego.....

Na wszystkie pytania proszę odpowiedzieć — **Tak** lub **Nie** lub **podkreślić** prawidłową odpowiedź.

W razie jakichkolwiek niejasności proszę zajrzeć na stronę internetową www.chcpio.pl zakładka Pracownia Diagnostyki Obrazowej i Izotopowej lub dopytać w dniu badania.

Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich

Imię i Nazwisko:, Pesel:

Nazwa leku Dawka Droga podania	Data:		
	Podpis lekarza	Godzina podania	Podpis pielęgniarki