



Centrum Onkologii  
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy  
ul. Dr I. Romanowskiej 2,  
85-796 Bydgoszcz,  
Tel.: 52 374 30 00  
I część kodu resortowego: 04-00061  
Komórka organizacyjna, tel.  
VII część kodu resortowego: .....

ZG-83, edycja 5  
strona 1 z 2

Bydgoszcz dnia, .....

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Nr historii choroby .....

Płeć: .....

Pacjent: ..... Nazwisko i imię pacjenta ..... PESEL: ..... Data urodzenia: .....

ADRES: ..... ulica, nr: ..... .. kod pocztowy, miejscowość .... Telefon: .....

KOD ICD-10: ..... Rozpoznanie ..... (wg międzynarodowej klasyfikacji) ..... , ..... (rozszerzenie rozpoznania) .....

Przewidywany rodzaj badania .....

Możliwe rozszerzenie zakresu badania .....

### I. INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Tomografia Komputerowa jest badaniem z użyciem promieniowania jonizującego, dlatego bezwzględny przeciwwskazaniem do badania jest ciąża. Wyjątkowe przypadki są indywidualnie rozpatrywane przez lekarza prowadzącego i wykonywane z pisemną zgodą pacjentki. Badanie jest bezbolesne i trwa około 10 min. **Konieczne jest posiadanie wyniku poziomu kreatyniny (ważne 3 miesiące), u pacjentów hospitalizowanych i w ciężkim stanie 7 dni oraz zabranie ze sobą ½ litra wody niegazowanej czystej.**
2. Wieczorem przed dniem badania, zaleca się wypicie około 1000 ml wody niegazowanej.
3. **W dniu badania**
  - należy zażyć leki, które są przyjmowane na stałe, popijając wodą niegazowaną,
  - należy pamiętać, aby zabrać ze sobą wcześniejsze wyniki badań (USG, RTG, KT, MR, opisy ze zdjęciami lub CD)
  - pacjenci z cukrzycą powinni zażyć leki i zjeść lekki posiłek,
4. Potwierdzamy przybycie na badanie w recepcji tomografii komputerowej (Budynek E) lub w Głównym Budynku szpitala jeżeli badanie ma być wykonane w TK 46. Pacjenci wykonujący badanie we Włocławku zgłaszają się do gabinetu nr 9.
5. **W przypadku badania:**
  - **jamy brzusznej i miednicy** – proszę przynieść ze sobą 0,5 litra wody, którą należy powoli wypić około 30 minut przed badaniem.Dla wypełnienia odbytnicy i esicy – do odbytu zostanie podany środek kontrastujący.
6. **Po podaniu środka kontrastującego, może wystąpić uczucie ciepła oraz bardzo rzadko inne reakcje uboczne (nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia, drgawki, napad padaczkowy, wstrząs, zatrzymanie krążenia). Powikłania występują najczęściej w ciągu 20 min. po podaniu środka kontrastującego, dlatego pacjent po zakończonym badaniu pozostaje w poczekalni około 30 min. , pod obserwacją pośrednią pielęgniarki. Jeżeli pacjent czuje się dobrze i nie wystąpiły u niego powikłania po podaniu środka cieniującego, pielęgniarka usuwa wenflon. W przypadku wystąpienia powikłań decyduje o dalszym postępowaniu podejmuje lekarz.**
7. Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną lub dostępny na koncie pacjenta **pacjent.gov.pl** (w zależności od rodzaju skierowania)

### II. Ankieta dotycząca przeciwwskazań do podania środka kontrastującego/ wykonania badania (WYPEŁNA PACJENT)

- |                                                                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Czy miał Pan/i powikłania po poprzednim podaniu środka kontrastowego?                  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| b) Czy leczy się Pan/i na nadczynność tarczycy? chorobę Gravesa-Basedowa / raka tarczycy? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| c) Czy jest Pani lub istnieje prawdopodobieństwo, że może być Pani w ciąży?               | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| d) Czy choruje Pan/i na jaskrę, tachykardię, niedrożność/ zwężenie p. pokarmowego?        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |



Punkt b) – (Tak) –przy nieprawidłowych poziomach hormonów tarczycy konieczna zgoda endokrynologa na podanie środka kontrastowego,

### III. Zgoda na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego i z użyciem promieniowania jonizującego

Oświadczam, że powyższe informacje zawarte w ankiecie są prawdziwe, zostałem (-am) poinformowany (-a) o możliwości powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego, wyrażam zgodę na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego i z użyciem promieniowania jonizującego.

.....  
data podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego:

.....  
data podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

### IV. Zlecenie podanie środka kontrastowego:

Ciepota ciała: ..... Data ..... i ..... wynik ..... kreatyniny.....  
.....

KONTRAST i.v. ☐ TAK ☐ NIE ..... ml

KONTRAST p.o. ☐ TAK ☐ NIE .....  
nazwa dawka  
Omnipaque 240 mg 10ml

KONTRAST per rect. ☐ TAK ☐ NIE .....  
Omnipaque 240 mg 5ml

INNE LEKI: .....

### Lekarz zlecający

.....  
Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu  
.....  
Uzyskane specjalizacje podpis

### Pielęgniarka podająca środek kontrastowy

.....  
Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu  
.....  
Uzyskane specjalizacje podpis