Ankieta dla pacjentów przed badaniem

TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ(CT)

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

*badanie odpłatne

DANE PACJENTA

imię i nazwisko: _____ wiek: _____ masa ciała [kg]: _____ wzrost: _____

adres: _____

nr PESEL: _____ nr tel.: _____

Tomografia komputerowa to badanie polegające na uzyskaniu obrazów przekrojów przez ciało pacjenta z użyciem promieniowania rentgenowskiego i ich komputerowej obróbce w celu uwidocznienia warstw ciała. Wskazane jest nie spożywanie pokarmów na 4 – 6 godzin przed badaniem. Badanie trwa od 5 do 20 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo wykonując polecenia personelu. Hałas w czasie badania jest normalną częścią pracy urządzenia. W niektórych przypadkach konieczne jest podanie dożylnie i/lub doustnie środka kontrastowego. W czasie badania pacjent nie odczuwa bólu, najwyżej pewien dyskomfort związany z podaniem środka kontrastowego. Po dożylnym podaniu środka kontrastowego pacjentowi może zrobić się ciepło, mogą wystąpić wypieki na twarzy lub czasami odczuwalny jest nietypowy smak w ustach lub uczucie parcia na mocz.

W wyjątkowych przypadkach może pojawić się swędzenie i mrowienie w miejscu podania kontrastu.

PACJENT ODCZUWAJĄCY JAKIEKOLWIEK DOLEGLIWOŚCI PO PODANIU KONTRASTU POWINIEN NIEZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ PERSONEL MEDYCZNY O ICH WYSTĘPOWANIU.

PYTANIA DO ANKIETY

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o podanie szczegółowych danych personalnych jak również dokładne wypełnienie poniższej ankiety, zakreślając kółkiem „TAK" lub „NIE" bądź wpisując informację uzupełniającą.

Czy przebyła Pani/Pan operację?

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj nazwę _____

Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na choroby serca (choroba wieńcowa, zaburzenie rytmu, nadciśnienie)?

TAK / NIE

Czy kiedykolwiek przebyła Pani/Pan zawał mięśnia sercowego?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na choroby tarczycy?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na choroby wątroby?

TAK / NIE

Czy jest Pani/Pan na coś uczulona/uczulony (leki, jod, pyłki roślin, pokarm)?

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj nazwy leków: _____

Czy miała/miał Pani/Pan podawane środki kontrastowe w tomografii komputerowej?

TAK / NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe po podaniu środka kontrastowego?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na szpiczaka?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę i przyjmuje lek Metformina?

TAK / NIE

DOTYCZY TYLKO KOBIET:
Czy jest Pani w ciąży?

TAK / NIE

PACJENTKO JEŚLI PODEJRZEWASZ LUB JESTEŚ W CIĄŻY POWINNAŚ ZAWSZE POWIADOMIĆ O TYM ZESPÓŁ WYKONUJĄCY BADANIE

PROSZĘ PRZECZYTAĆ UWAŻNIE PONIŻSZE OŚWIADCZENIA I ZAZNACZYĆ „X" W OKIENKACH OBOK.

☐ Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na wykonanie badania CT i dożylne podanie środka kontrastowego.

☐ Oświadczam, że miałem/miałam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/miałam wystarczającą ilość czasu.

miejscowość: _____ data: __ __ - __ __ - __ __ __ __

podpis pacjenta:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, ul.Borowa14/18 05-400 Otwock, szczegółowe informacje na temat przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na stronie internetowej www.ecz-otwock.pl w zakładce RODO oraz na miejscu w placówce.