

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA
Z UŻYCIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

PRZED PODPISANIEM ZGODY NA WYKONANIE BADANIA PROSIMY O ZGŁOSZENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH NADWRAŻLIWOŚCI NA LEKI I WSPÓLISTNIENIA WYMIENIONYCH PONIŻEJ CHORÓB PRZEZ ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI TAK / NIE W ODPOWIEDNIEJ RUBRYCE

Wykonanie badania **UROGRAFII** wymaga donaczyniowego (dożylnego) podania środka kontrastowego, o czym decyduje lekarz radiolog . Mimo, iż jest to zabieg bezpieczny, mogą wystąpić powikłania, jak: nudności, wymioty, świąd skóry, wysypka, wstrząs anafilaktyczny, zapaść. Opisane powikłania mogą wystąpić niezależnie od wszystkich podjętych środków ostrożności. Dlatego też w czasie trwania badania pacjent znajduje się pod fachową opieką lek. radiologa (w razie konieczności lek. anestezjologa) oraz wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej. Gabinet rentgenowski przystosowany jest do natychmiastowego udzielania niezbędnej pomocy. Rzetelne wypełnienie formularza oraz zawarte w wywiadzie informacje pozwolą na ewentualne odstąpienie od podania kontrastu w sytuacji, gdy będzie zachodzić zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań.

Imię i nazwisko osoby badanej

Rodzaj badania

Wiek lat Waga kg

Czy jest Pan/Pani na czczo 3-4 godziny ? TAK NIE

Czy były już wcześniej podawane środki kontrastowe ? TAK NIE

Jeśli TAK , to czy wystąpiły reakcje uboczne ? TAK NIE

Czy występują reakcje uczuleniowe na leki, jod, jodynę ? TAK NIE

Jeśli TAK , to jakie ?.....

Czy choruje Pan/Pani na: nerki, tarczycę, astmę, cukrzycę, padaczkę ? (podkreślić odpowiedź)

TAK NIE

Pytanie dotyczy kobiet w wieku rozrodczym: czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?

TAK NIE

PROSIMY O PODPISANIE WŁAŚCIWEGO OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań po dożylnym podaniu środka kontrastowego do badania TK; miałem/łam możliwość zadawania pytań; zrozumiałem/łam treść oświadczenia; nie mam więcej pytań i ŚWIADOMIE

Zgadzam się na dożylny podanie kontrastu

Data i czytelny podpis osoby badanej
(w przypadku osób nieletnich podpis składa opiekun prawny)

NIE zgadzam się na dożylny podanie kontrastu

Data i czytelny podpis osoby badanej
(w przypadku osób nieletnich podpis składa opiekun prawny)