

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ  
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 TK wymaga niekiedy 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 TK .....

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 )