PRZYGOTOWANIE DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z KONTRASTEM

- Ostatni posiłek należy spożyć co najmniej **6** godzin przed badaniem
- Pacjent przed badaniem z kontrastem powinien być prawidłowo nawodniony, w tym celu należy wypić 1,5 – 2 L niegazowanej wody do 3 godzin przed badaniem
- DO TK JAMY BRZUSZNEJ I MIEDNICY proszę przynieść ze sobą 1,5 L wody NIEGAZOWANEJ, zgłosić się pół godziny przed badaniem i PIĆ WODĘ. Do badania należy mieć wypełniony pęcherz moczowy !
- **Należy dostarczyć aktualny wynik oznaczenia poziomu KREATYNINY, eGFR WE KRWI (WAŻNY DO 7 DNI) UWAGA! Wydrukowany z laboratorium !!!**
- **Jeśli pacjent leczy się na tarczycę należy dostarczyć aktualny wynik TSH**
- Leki cukrzycowe z grupy Metformin (Formetic, Metformax, Metformin, Siofor, Glucophage) należy koniecznie odstawić na 48 godzin przed badaniem po wcześniejszej konsultacji z lekarzem prowadzącym
- Wszystkie leki zlecone przez lekarza na stałe można przyjąć zgodnie z zaleceniem
- Po zakończeniu badania zalecane jest spożywanie dużej ilości płynów (ok. 2 L wody niegazowanej), aby wypłukać kontrast z nerek
- **Należy przynieść ze sobą wyniki poprzednich badań obrazowych : RTG, USG, TK, MR oraz posiadaną inną dokumentację medyczną (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego oraz PŁYTY)**
- Podczas badania dobrze mieć na sobie wygodne ubranie, pozbawione metalowych elementów
- Przeciwskazanie: ciąża i złe wyniki laboratoryjne (kreatynina, TSH)

Termin badania : .....

ZE WZGLĘDU NA TRUDNY DO OSZACOWANIA CZAS BADANIA WYZNACZONA GODZINA JEST GODZINĄ PRZYBLIŻONĄ.
W ZWIĄZKU Z TYM BARDZO PROSIMY O WYROZUMIAŁOŚĆ

REJESTRACJA RTG (23) 691-99-32, GODZ. 8:00-16:00

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM [TK]

WYPEŁNIA PACJENT

Informacje podane przez Panią / Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne. Z uwagi na bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć kółkiem np. (TAK) lub krzyżykiem np. [X]

O tym, jak należy przygotować się do badania,

Badany narząd / okolica ciała:

Imię i nazwisko	Płeć K ☐ M ☐
PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Waga kg
Adres	Wzrost cm
Telefon / E-mail	

A	Cel badania?		
B	Czy w przeszłości wykonywano Pani / Panu badanie tomografem komputerowym? Jeśli tak, kiedy i jakie?	TAK	NIE
C	Czy była Pani / był Pan kiedykolwiek operowana / y? Jeśli tak, kiedy i jaki rodzaj operacji?	TAK	NIE

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

1.	Czy choruje Pani / Pan na astmę oskrzelową?	TAK	NIE
2.	Czy choruje Pani / Pan na nadczynność tarczycy?	TAK	NIE
3.	Czy choruje Pani / Pan na cukrzycę?	TAK	NIE
4.	Czy zdiagnozowano u Pani / Pana chorobę nerek?	TAK	NIE
5.	Czy przechodziła Pani / przechodził Pan operację nerek?	TAK	NIE
6.	Czy choruje Pani / Pan na nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
7.	Czy stwierdzono u Pani / Pana dnę moczanową?	TAK	NIE
8.	Proszę wpisać najbardziej aktualne oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub szacunkowanego wskaźnika przesącza kłębuszkowego (eGFR): wartość: ..... data badania eGFR:		
9.	Czy przyjmuje Pani / Pan następujące leki:		
	Metforminę?	TAK	NIE
	Interleukinę 2?	TAK	NIE
	Niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ)?	TAK	NIE
	Aminoglikozydy?	TAK	NIE
	Beta-blokery?	TAK	NIE
10.	Czy kiedykolwiek podawano Pani / Panu środek kontrastowy stosowany w badaniach obrazowych?	TAK	NIE

VERTE

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM [TK]

WYPEŁNIA PACJENT

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani / Pana:			
1.	ciężkie zaburzenia czynności nerek?	TAK	NIE
2.	astma lub alergia? Jeśli tak, na co jest Pani / Pan uczulona / y?	TAK	NIE
3.	zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE
4.	omdlenia lub utraty przytomności?	TAK	NIE
5.	reakcja alergiczna na kontrast stosowany w badaniach obrazowych?	TAK	NIE
6.	białkomocz?	TAK	NIE
7.	niewydolność serca?	TAK	NIE
Pytania dodatkowe dla kobiet:			
1.	Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
2.	Czy ma Pani wewnętrzny środek antykoncepcyjny?	TAK	NIE
3.	Inne dolegliwości? jeśli tak, jakie?	TAK	NIE

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.	
Ja, niżej podpisana / y, wyrażam zgodę na wykonanie u mnie* / mojego dziecka* / mojego podopiecznego* badania tomografem komputerowym [TK].	
Data	Podpis .....
* prosimy podkreślić właściwy tekst	

1. Informujemy, że wyniki badania wydajemy Pacjentowi lub osobie upoważnionej przez Pacjenta (wymagane upoważnienie pisemne) na płycie CD wraz z opisem w formie papierowej.
2. Po podaniu kontrastu mogą wystąpić niepożądane reakcje:
   - zawroty głowy, senność, zaburzenia widzenia i smaku, pokrzywka, świąd, niepokój, uczucie duszności,
   - ból, uczucie gorąca, zaczerwienienie w miejscu podania lub krwiak, krwawienie w miejscu wkłócia, ból głowy, ból pleców, ból w klatce piersiowej, nudności, wymioty,
   - uczucie ciepła, obrzęk powiek, twarzy, krtani, zatrzymanie czynności oddechowej,
   - nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zatrzymanie czynności serca.
3. Po podaniu środka kontrastowego Pacjent pozostaje w poczekalni ok. 30 min. W przypadku złego samopoczucia należy zgłosić się do pielęgniarki.
4. W pierwszej dobie po badaniu zaleca się wypicie ok. 2,5 litra wody niegazowanej.

Zapoznałam / em się z działaniami niepożądanymi, jakie mogą wystąpić po dożylnym podaniu środka kontrastowego i wyrażam zgodę na jego podanie.	
Data	Podpis .....

.....	.....	.....	.....
Data badania	Podpis pielęgniarki	Podpis technika	Podpis lekarza radiologa