**Zgoda na badanie tomografii komputerowej, urografii, badanie z dożylnym podaniem kontrastu jodowego**

***IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA***…………………………..

***PESEL*** ………………………………....

***WZROST……………………………. WAGA****..........................*

***NUMER TELEFONU………………………………………...***

**1. Rodzaj badania i objawy niepożądane**

Badanie tomografii komputerowej TK oraz urografię - badania z dożylnym podaniem kontrastu jodowego wykonuje się przy pomocy promieniowania rentgenowskiego i badanie to obarczone jest ryzykiem związanym z jego oddziaływaniem oraz możliwością niepożądanego działania środków kontrastowych, do których należą: uczucie gorąca, metaliczny smak w ustach, zaczerwienienie skóry, pokrzywka, nudności, wymioty, spadek ciśnienia krwi, przyspieszony rytm serca, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddechu i pracy serca, z możliwością zgonu pacjenta.

.............................................................................................................................................................................

**2. Przeciwwskazania do wykonania badania:**

Bezwzględne: ciąża, uczulenie na środki kontrastowe jodowe

Względne: uczulenie na leki, wywiad alergiczny, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek, wątroby, niewyrównana nadczynność tarczycy, przyjmowanie leków z grupy B- blokerów, grupy biguanidów, Interferonu/Interleukiny 2, cukrzyca.

..............................................................................................................................................................................

**3. Przygotowanie do badania:**

**Pacjent na badanie zgłasza się 10 minut przed wyznaczonym terminem/ godziną badania z dowodem osobistym, wynikami poprzednich badań obrazowych oraz labolatoryjnych wymaganych do wykonania danego badania.**

Pacjent szpitalny przychodząc na badanie z użyciem środka cieniującego powinien przynieść ze sobą: wyniki badań krwi określające poziom kreatyniny lub wskaźnik GFR (badania ważne są siedem dni od dnia wykonania), wypisy ze szpitala po przebytych hospitalizacjach oraz wyniki wcześniejszych badań obrazowych.

Pacjent ambulatoryjny przychodząc na badanie z użyciem środka cieniującego, powinien przynieść ze sobą wyniki badań krwi określające poziom kreatyniny lub wskaźnik GFR (badania ważne są trzy miesiące od dnia wykonania), wypisy ze szpitala po przebytych hospitalizacjach oraz wyniki wcześniejszych badań obrazowych.

Na dwa dni przed badaniem Tomografii Komputerowej pacjenci zażywający leki zawierające Metforminę, zobowiązani są do ich odstawienia do czasu wykonania badania, innych leków nie należy odstawiać.

Pacjenci na dwa dni przed badaniem z użyciem środków kontrastowych jodowych powinni pić większą ilość płynów (także w dniu badania i w dniu następnym).

Na badanie pacjenci zgłaszają się na czczo lub minimum 5 godzin po posiłku, a kobiety karmiące nie powinny karmić przez 24 godziny od momenty podania środka cieniującego.

**4. Przebieg badania:**

Pacjent przed badaniem ma założone wkłucie dożylne. W przypadku badania tomografii komputerowej jamy brzusznej, miednicy mniejszej podawana jest doustnie woda ze środkiem cieniującym jodowym. W trakcie badania pacjent leży na stole, słucha wydawanych poleceń. Podłączona jest strzykawka automatyczna, wykonuje się fazę przeglądową, bez środka cieniującego i drugą po dożylnym podaniu środka cieniującego. Możliwe są dodatkowe fazy badania, po zaleceniu przez lekarza radiologa. Dla bezpieczeństwa pacjenta pozostaje On na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem środka cieniującego jodowego przez 30 minut.

**5. ANKIETA**

Prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie ankiety.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwą odpowiedź** - **X** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Czy jest Pan/Pani uczulony/a na Jod lub jego preparaty? |  |  |
| 2 | Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne na leki, środki kontrastowe, pokarmy? |  |  |
| 2 | Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy? Jeśli tak, jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/a? |  |  |
| 4 | Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek? |  |  |
| 5 | Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność krążenia? |  |  |
| 6 | Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? |  |  |
| 7 | Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Czy przyjmuje Pan/Pani preparaty zawierające metforminę (np. Metformax, Siofor, Formetic, Etform, Glucophage, Gluformin, Metformin i inne)? |  |  |
| 8 | Czy jest Pani w ciąży? |  |  |
|  9 | Czy aktualnie przebywa Pan/Pani w szpitalu ?Jeśli tak to na jakim oddziale ………………………………………… |  |  |

**ZGODA PACJENTA**

**Oświadczam, że zostałem/zostałam zapoznany/a z przebiegiem badania, możliwością wystąpienia powikłań.**

PODPIS PACJENTA…………………………………………………………..

**Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała i nie zataiłem/ zataiłam istotnych informacji o faktycznym stanie zdrowia.**

PODPIS PACJENTA………………………………………………………….

**Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie badania tomografii komputerowej, urografii oraz podanie dożylne środka kontrastowego jodowego.**

..............................................................................................................................................................................

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

**\* - niewłaściwe skreślić**