



SP ZOZ MSW w Lublinie Dział Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego
ul. Grenadierów 3, 20-331 Lublin

Ankieta przed badaniem KT oraz przed podaniem środka kontrastowego

Rodzaj badania

Imię i nazwisko: _____ lat: _____ waga: _____ kg

Wypełnia pacjent

Zgłaszane dolegliwości / cel badania:		
Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe?	TAK	NIE
Czy wystąpiły wtedy powikłania?	TAK	NIE
Jeśli TAK to jakie?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na uczulenia, jeśli TAK to jakie	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne (cukrzyca, nadczynność tarczycy)?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani zaplanowane w najbliższym czasie badanie scyntygraficzne tarczycy lub terapię jodem radioaktywnym?	TAK	NIE
Inne choroby (w szczególności astma, szpiczak mnogi, choroby nowotworowe):	TAK	NIE
Przyjmowane leki:		

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia.
Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem przebiegu badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w przebiegu badania oraz po podaniu środka kontrastowego. Stwierdzam, że uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie związane z badaniem pytania.

Zgadzam się na przeprowadzenie badania. Zgadzam się na dożylne podanie środka kontrastowego.

Lublin, dnia 20..... r.

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia pielęgniarka - ocena ryzyka nefropatii pokontrastowej

Wiek > 70	1 pkt	OŚWIADCZENIE PERSONELU: Stwierdzam, że przedstawiłem/am pacjentowi przebieg planowanego badania oraz poinformowałem/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach. (czytelny podpis)
Wiek > 80	2 pkt	
Płeć K	0,5 pkt	
Cukrzyca	1 pkt	
Nadciśnienie	1 pkt	
Czy pacjent leczy się na serce?	1 pkt	
Czy pacjent leczy się na wątrobę?	1 pkt	
Choroba nerek (inna niż kamica)	2 pkt	
Niewydolność nerek	3 pkt	
Świeży zawał serca (w ciągu 48 godzin)	2 pkt	
Odwodnienie (sprawdzić fałd skórny)	2 pkt	
Badanie kontrastowe w ciągu ostatnich 48 godzin	2 pkt	
Stosowanie leków p. zapalnych lub inhibitorów konwertazy (leki na nadciśnienie np. Enarenal, Tritace, Prestarium)	1 pkt	
Dna moczanowa	1 pkt	
RAZEM		Zakwalifikowano do oznaczenia kreatyniny TAK / NIE
Cukrzyca leczona Metforminą (preparaty: Formetic, Glucophage, Gluformin, Metfogamma, Metformax, Metformin, Siofor)		Poziom kreatyniny eGFR

Ankieta medyczna przed badaniem KT / MR

1. Zgłaszane dolegliwości (szczególnie bóle – od kiedy występują, umiejscowienie):
2. Inne niepokojące objawy:
3. Przebyte choroby (w tym urazy, choroby przewlekłe: cukrzyca, nadciśnienie, nowotwory):
4. Przebyte operacje (wszystkie!), koniecznie wymienić wszystkie zabiegi w okolicy objętej badaniem:
5. Przebyte badania diagnostyczne:
 - a. USG (daty) dołączyć opisy
 - b. CT/MR (daty) dołączyć opisy oraz zdjęcia/płyty CD
 - c. Scyntygrafia, biopsja, endoskopia (gastro- kolono- rekto- skopia)
 - d. Wyniki badań laboratoryjnych. Czy były wykonywane? Wynik prawidłowy. Odchylenia od normy
6. W przypadku przebytych chorób nowotworowych:
 - a. Rozpoznanie (rodzaj nowotworu, kiedy pierwsza diagnoza)
 - b. Leczenie:
 - i. Operacja (data) dołączyć kartę informacyjną
 - ii. Radioterapia (data) dołączyć kartę informacyjną
 - iii. Chemioterapia (data) dołączyć kartę informacyjną
 - c. Poprzednie badania (wymienić, dołączyć opisy oraz zdjęcia/płyty CD):
 - d. Cel dzisiejszego badania:
 - i. Rutynowa kontrola
 - ii. Podejrzenie nasilenia zmian (pogorszenie stanu pacjenta)
7. W przypadku chorób układu kostno-szkieletowego:
 - a. Uraz (data, rodzaj) dołączyć kartę informacyjną
 - b. Leczenie (operacje, artroskopie) dołączyć kartę informacyjną
 - c. Inne badania (USG/KT/MR) wymienić, dołączyć opisy oraz zdjęcia/płyty CD
 - d. Do wykonania badania MR konieczne jest zdjęcie RTG (ew. KT) badanej okolicy.
8. Badania kręgosłupa:
 - a. Promieniowanie bólu kręgosłupa do kończyny – PRAWEJ –LEWEJ
 - b. Do wykonania badania MR konieczne jest zdjęcie RTG badanej okolicy.
 - c. Poprzednie badania (RTG/KT/MR) wymienić, dołączyć opisy oraz zdjęcia/płyty CD.