



ZOZ MSWiA w Lublinie

Dział Diagnostyki Obrazowej

Pracownia Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego

ul. Grenadierów 3, 20-331 Lublin

Ankieta przed badaniem KT z użyciem środka kontrastowego

Rodzaj badania:.....

Imię i nazwisko:..... lat: waga: kg

Zgłaszane dolegliwości / cel badania

1. Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa? TAK NIE
2. Czy karmi Pani piersią? TAK NIE
3. Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe? TAK NIE
 - Czy wystąpiły wtedy powikłania? TAK NIE
 - Jakież?.....
4. Czy cierpi Pan/Pani na uczulenia TAK NIE
 - Jakież?.....
5. Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne (cukrzyca, nadczynność tarczycy)? TAK NIE
6. Czy ma Pan/Pani zaplanowane w najbliższym czasie badanie scyntygraficzne tarczycy lub terapię jodem radioaktywnym? TAK NIE
7. Czy choruje Pan/Pani na nerki (niewydolność nerek, dializoterapia)? TAK NIE
 - Jeśli TAK: klirens kreatyniny..... GFR.....
8. Inne choroby (w szczególności astma, szpiczak mnogi, choroby nowotworowe):
.....
9. Przyjmowane leki.....

OŚWIADCZENIE PERSONELU:

Stwierdzam, że przedstawiłem/am pacjentowi przebieg planowanego badania oraz poinformowałem/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach.

.....
(czytelny podpis)

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 z podaniem środka kontrastowego. Stwierdzam, że uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie związane z badaniem pytania.

Zgadzam się na przeprowadzenie badania oraz dożylne podanie środka kontrastowego.

Lublin, dnia 2009r.

.....
(czytelny podpis)

Ankieta medyczna przed badaniem KT

1. Zgłaszane dolegliwości – problemy zdrowotne (szczególnie bóle - od kiedy występują, umiejscowienie):
.....
.....
.....
2. Przebyte choroby (w tym urazy, choroby przewlekłe: cukrzyca, nadciśnienie, nowotwory):.....
.....
.....
3. Przebyte operacje (wszystkie!), koniecznie wymienić wszelkie zabiegi w okolicy objętej badaniem:
.....
.....
4. **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
.....
.....
5. **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)
6. **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.
7. **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

.....
data i podpis pielęgniarki/technika

.....
data i podpis pacjenta