

**ŚWIADOMA ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA
RENTGENOWSKIEGO, TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ TK/CT, UROGRAFII,
BEZ PODANIA/Z DOŻYLNYM PODANIEM** ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO.**

Imię i nazwisko pacjenta/ki: _____

Numer książki głównej*: _____/____ PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI BADANIA/ZABIEGU

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy w tym dokumencie oraz ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego badania.

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono, że Pani/a stan zdrowia wymaga wykonania tomografii komputerowej.

Badanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie (powoduje napromieniowanie pacjenta w czasie badania). Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny – skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe – jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź pacjent był poddany radioterapii – należy ten fakt zaznaczyć w ankiecie, z podaniem kiedy się ono odbyło.

2. METODA BADANIA/ZABIEGU

Badanie to umożliwia ocenę struktur anatomicznych i ewentualnych ich nieprawidłowości w ciele całego człowieka. Pacjent nie musi się rozbierać do badania, układany jest na ruchomym stole (zwykle na plecach), na którym wjeżdża do środka aparatu. W czasie badania pacjent leży nieruchomo, jest instruuwany o sposobie zachowania podczas samego badania poprzez tzw. intercom, czyli prosty sposób komunikacji głosowej pomiędzy pacjentem a lekarzem czy technikami. Jeżeli chory jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, możliwe jest wcześniejsze ustalenie z pracownią TK uspokojenia pacjenta przez lekarza anestezjologa. Badanie trwa ok. 5 – 20 min.

W przypadku badań z podaniem kontrastu pacjent na 4 – 5 godzin przed badaniem pozostaje na czczo (bez jedzenia; pacjent może pić wodę niegazowaną). Zalecane jest również spożycie większej niż zwykle ilości płynów po badaniu z kontrastem, aby usunąć kontrast z krwi.

W przypadku badań jamy brzusznej i miednicy mniejszej może być podany także doustnie roztwór środka kontrastowego.

Nie należy wykonywać badania TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej w ciągu 5 – 7 dni od badań RTG z podaniem barytu (artefakty w badaniu TK).

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PROCEDURY/OPERACJI

Aby ograniczyć do minimum ryzyko prosimy o odpowiedź na następujące pytania. Proszę o wypełnienie ankiety przez zakreślenie odpowiedzi tak lub nie. Jeśli odpowiedź brzmi tak proszę o możliwie dokładny opis problemu na odwrocie karty.

Środki cieniujące w TK są niejonowymi, rozpuszczalnymi w wodzie preparatami przeznaczonym do stosowania w rentgenodiagnostyce. Wydalane są przez nerki. Określona grupa pacjentów ma podwyższone ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanych po dożylnym podaniu środków cieniujących, jest to tzw. "Grupa o podwyższonym ryzyku", jeśli pacjenta dotyczy poniższy przypadek powinien powiadomić lekarza nadzorującego badanie, który podejmie decyzję o możliwości jego wykonania:

* dotyczy pacjentów oddziałów szpitalnych (uzupełnia personel szpitala),

** niepotrzebne skreślić

*** w przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje sam pacjenta i przedstawiciel ustawowy.

ŚWIADOMA ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA RENTGENOWSKIEGO, TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ TK/CT, UROGRAFII, BEZ PODANIA/Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO.**
Imię i nazwisko pacjenta/ki: _____

- ciąża, karmienie piersią,
- alergia na leki, pokarmy, surowice, pyłki, astma, POCHP, lub inne alergie,
- alergia na jodowe środki kontrastowe, w tym powikłania po poprzednich badaniach,
- zaburzenia czynność serca, układu krążenia, nerek, cukrzyca, alkoholizm
- choroby neurologiczne, w tym padaczka, zaburzenia krążenia mózgowego, udary,
- podejrzenie lub rozpoznana nadczynność tarczycy, wole zamostkowe,
- obrzęk szyi spowodowany powiększeniem tarczycy (wole),
- rak szpiku kostnego (szpiczak mnogi) lub nadprodukcja specjalnych białek (paraproteinemii),
- choroby z autoagresji, nużliwości mięśni (miastenii), homocystynurii,
- nadciśnienie spowodowane występowaniem guza chromochłonnego nadnerczy.

ANKIETA (WYPEŁNIA PACJENT)		
Czy wcześniej pacjent(ka) miał(a) podawane środki kontrastowe ? Jeśli tak, proszę podać w trakcie jakich badań ? _____	TAK	NIE
Czy po podaniu środków kontrastowych wystąpiły objawy uboczne ? Jeśli tak, proszę podać jakie ? _____	TAK	NIE
Czy pacjent(ka) choruje na niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę ? Czy przyjmuje doustne leki na cukrzycę i inne choroby, jeśli tak, proszę podać jakie ? _____	TAK	NIE
Czy pacjent(ka) choruje na astmę, jest alergikiem lub miał reakcje uczuleniowe na leki ? Jeśli tak, proszę podać jakie ? _____	TAK	NIE
Czy pacjent(ka) ma nadczynność tarczycy ? czy choruje na inne choroby tarczycy ? Proszę podać jakie ? _____	TAK	NIE
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek ? czy ma inne choroby nerek ? Proszę podać jakie ? _____	TAK	NIE
Czy pacjent(ka) jest od 5 godzin na czczo ?	TAK	NIE
DOTYCZY KOBIET: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?	TAK	NIE

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Środek cieniujący może powodować działania niepożądane, które zwykle są przejściowe i przemijające.

W niektórych sytuacjach ich nasilenie jest większe i wymagają leczenia, bardzo rzadko występują reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu.

Możliwe powikłania po podaniu jodowych środków cieniujących:

* dotyczy pacjentów oddziałów szpitalnych (uzupełnia personel szpitala),

** niepotrzebne skreślić

*** w przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje sam pacjent i przedstawiciel ustawowy.

**ŚWIADOMA ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA
 RENTGENOWSKIEGO, TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ TK/CT, UROGRAFII,
 BEZ PODANIA/Z DOŻYLNYM PODANIEM** ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO.**

Imię i nazwisko pacjenta/ki: _____

- a) ból i obrzęk w miejscu podania (np. przy wynacznieniu poza żyłę), czasami wymagające leczenia celem przeciwdziałania stanom zapalnym lub martwicy skóry,
- b) różnego stopnia nasilenia reakcje anafilaktyczne, jak np.: złe samopoczucie, pobudzenie, uderzenia gorąca, uczucie ciepła, zwiększoną potliwość, zawroty głowy, zwiększone łzawienie, zapalenie śluzówki nosa, kołatanie serca, parestezje, świąd, uczucie pulsowania w głowie, ból gardła i uczucie ściskania w gardle, utrudnione połykanie, kaszel, kichanie, pokrzywkę, rumień, łagodne miejscowe obrzęki, obrzęk angioneurotyczny, duszność spowodowaną obrzękiem języka i krtani i/lub jej skurczem, która objawia się sapaniem lub duszność spowodowaną skurczem oskrzeli.
- c) nudności, wymioty, ból brzucha i biegunka występują rzadko.
- d) ciężkie reakcje ze strony układu sercowo-naczyniowego, takie jak: zaburzenia rytmu, spadki ciśnienia tętniczego, skurcz naczyń, duszność, sinica, utrata przytomności, nagłe zatrzymanie krążenia, zgon (objawy te wymagają natychmiastowego, specjalistycznego leczenia, w tym resuscytacji sercowo-naczyniowej).
- e) ostra pokontrastowa niewydolność nerek (ang. CIN – Contrast Induced Nephropathy), która może dotyczyć zarówno osób zdrowych, jak i z rozpoznaną przed badaniem przewlekłą niewydolnością nerek.

(uzupełnić w razie potrzeby)

ZE WZGLĘDU NA OBECNY STAN ZDROWIA PACJENTA/KI I WSPÓŁISTNIEJĄCE U NIEGO/NIEJ CHOROBY
(uzupełnić w razie potrzeby)

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA/KI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA

(uzupełnić w razie potrzeby)

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA/KI

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego

* dotyczy pacjentów oddziałów szpitalnych (uzupełnia personel szpitala),

** niepotrzebne skreślić

*** w przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje sam pacjent i przedstawiciel ustawowy.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA
 RENTGENOWSKIEGO, TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ TK/CT, UROGRAFII,
 BEZ PODANIA/Z DOŻYLNYM PODANIEM** ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO.**

Imię i nazwisko pacjenta/ki: _____

formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem

spełnione zostały wszelkie moje

(imię i nazwisko lekarza)

wymagania co do informacji na temat:

- ✓ Rozpoznania i aktualnego stanu zdrowia.
- ✓ Proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych oraz leczniczych.
- ✓ Dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania.
- ✓ Oczekiwanych wyników leczenia /operacyjnego.
- ✓ Możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań.
- ✓ Rokowania.
- ✓ Ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane są mi możliwe powikłania związane z tym zabiegiem diagnostycznym.

ZGODA PACJENTA

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)** wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie badania rentgenowskiego, tomografii komputerowej TK/CT, urografii, bez podania/ z dożylnym podaniem środka kontrastującego oraz ewentualne zmiany postępowania, które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstrojenia zdrowia

W szczególnych sytuacjach dodatkowo **oświadczenie opiekuna prawnego pacjenta *****

_____	_____	_____	_____
data	podpis pacjenta	i/lub opiekuna prawnego	stopień pokrewieństwa
_____	_____	_____	
miejscowość	data	podpis lekarza przyjmującego zgodę pacjenta	

Nie zgadzam się na przeprowadzenie badania rentgenowskiego, tomografii komputerowej TK/CT, urografii, bez podania/ z dożylnym podaniem środka kontrastującego. Zostałem/ am w pełni poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

W szczególnych sytuacjach dodatkowo **oświadczenie opiekuna prawnego pacjenta *****

_____	_____	_____	_____
data	podpis pacjenta	i/lub opiekuna prawnego	stopień pokrewieństwa
_____	_____	_____	
miejscowość	data	podpis lekarza przyjmującego zgodę pacjenta	

Podpisanie tego formularza przez Pacjenta/Pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

_____	_____	_____
miejscowość	data	podpis lekarza

* dotyczy pacjentów oddziałów szpitalnych (uzupełnia personel szpitala),

** niepotrzebne skreślić

*** w przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje sam pacjenta i przedstawiciel ustawowy.