

Termin badania

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Waga

Przy skierowaniu na badanie TK z zastosowaniem dożylnego środka kontrastowego pacjent powinien dostarczyć wyniki badania laboratoryjnego – oznaczenia poziomu kreatyniny lub eGFR szacowanego stopnia filtracji kłębuszkowej oraz TSH. Wyniki nie powinny być starsze niż miesiąc.

Ryzyko związane z jodowymi środkami kontrastowymi u pacjentów stosujących Metforminę

Przyjmowanie doustnego leku przeciwcukrzycowego z grupy biguanidów (np.: Metformin, Metformax, Metfogamma, Metifor, Formetic, Glucophage, Gluformin, Siofor) – jeśli tak, wówczas

- przy wartości eGFR >60ml /min/1,73 m² można kontynuować przyjmowanie tego leku.
- przy wartości eGFR między 30 a 60 ml/min/1,73m² należy przerwać stosowanie tego leku 48 godzin przed badaniem TK i nie przyjmować go przez kolejne 48 godzin po badaniu, następnie ponownie oznaczyć eGFR i kontynuować przyjmowanie tego leku jedynie przy braku pogorszenia funkcji nerek,
- przy wartości eGFR <30 ml/min/1,73m² nie powinno się używać dożylnego środka kontrastowego.

Inne jednostki chorobowe przy których należy zachować ostrożność

- choroby tarczycy, w tym nadczynność, wole, – jeśli tak, wówczas wskazana jest konsultacja endokrynologiczna i oznaczenie TSH;
- w jawnej nadczynności tarczycy dożylny środek kontrastowy jest przeciwwskazany;
- w chorobie Gravesa- Basedowa, wolu guzkowym, autonomii czynnościowej tarczycy dożylny środek kontrastowy może być podany za zgodą endokrynologa, po badaniu TK konieczna jest kontrola endokrynologiczna;
- trwające lub planowane leczenie chorób tarczycy jodem radioaktywnym albo planowana scyntygrafia tarczycy - jeśli tak, wówczas dożylny środek kontrastowy nie może być podany przez co najmniej 2 miesiące przed leczeniem albo scyntyografią;
- podejrzenie guza chromochłonnego lub przyzwojaka (guzy produkujące katecholaminy) – jeśli tak, wówczas przed podaniem dożylnego środka kontrastowego wskazana konsultacja z lekarzem endokrynologiem

KWESTIONARIUSZ DO WYPEŁNIENIA DLA PACJENTA

- Czy Pan/Pani choruje na nerki? TAK NIE
- Czy występują reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe, inne)? TAK NIE
- Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE
- Przebyte operacje (proszę wypisać jakie): TAK NIE

Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego*

*Wymagane, jeżeli Pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie. W przypadku, kiedy Pacjent małoletni ukończył 16 lat, a Pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozezaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także ich zgoda (czyli podpis Pacjenta i przedstawiciela ustawowego).

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania TK

Brak zgody

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego

Brak zgody

Jestem poinformowany/-a o całkowitych kosztach badania wraz z kontrastem oraz o formie wyników badania.

Jeśli ze względów diagnostycznych zaistnieje konieczność powtórzenia badania lub rozszerzenia jego zakresu, wyrażam zgodę na ponowne zgłoszenie się na badanie w terminie późniejszym.

Oświadczam jednocześnie, że miałem/-am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dot. planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/-am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/-am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

*Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego**

*ankieta została wypełniona i sprawdzona przez
pracownika CM iMed24 - czytelny podpis*

*Wymagane, jeżeli Pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie. **W przypadku, kiedy Pacjent małoletni ukończył 16 lat, a Pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozezaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także ich zgoda** (czyli podpis Pacjenta i przedstawiciela ustawowego).