

Termin badania

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Waga

Przy skierowaniu na badania 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 >60 ml/min/1,73 m² można kontynuować przyjmowanie tego leku.
- przy wartości eGFR między 30 a 60 ml/min/1,73 m² 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/1,73 m² 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, wole 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

Choroby nerek?

☐ TAK ☐ NIE

Choroby tarczycy?

☐ 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):

Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego*

DOSTARCZONA DOKUMENTACJA MEDYCZNA:

Dostarczona dokumentacja medyczna powinna być bezpośrednio związana z obszarem badania

☐ RTG ☐ USG ☐ CT ☐ MR ☐ MMG ☐ Karta wypisowa ze szpitala

☐ Brak poprzednich badań ☐ Poprzednie badanie wykonane w CM iMed24

Nie doniesienie badań poprzednich do 3 dni od dnia badania będzie skutkować opisem bez porównania.

WYBÓR LEKARZA:

Wybór dedykowanego lekarza radiologa wiąże się z dłuższym czasem oczekiwania na wynik badania.

Imię i nazwisko lekarza _____

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR

☐ Brak zgody

Wyrażam zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego

☐ Brak zgody

Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowego świadczenia celem wykonania pełnej diagnostyki.

☐ 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 rozeznanie wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także ich zgoda (czyli podpis Pacjenta i przedstawiciela ustawowego).