

ANKIETA (zaznaczyć właściwe)

Dane ankiety są poufne i zostają wykorzystane tylko w celu bezpiecznego wykonania badania TK.
Ankiety wypełnia pacjent lub jego prawny opiekun.

Czy w przeszłości było wykonywane badanie TK ? TAK NIE

Czy po podaniu Pani/Panu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe ? TAK NIE
Jeśli tak, to jakie ?.....

Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek, tarczycy, wątroby, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę, astmę ? Jeśli tak proszę podkreślić właściwe TAK NIE

Oświadczam (pacjent lub prawny opiekun) że według mojej wiedzy w badaniu TK:

nie jestem w ciąży podejrzewam że jestem w ciąży jestem w ciąży nie dotyczy

Świadomie i dobrowolnie oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała i podane odpowiedzi prawdziwe. Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zrozumiały i zostałam/em poinformowana/y o ewentualnej potrzebie podania środka kontrastowego w czasie badania. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań po badaniu, ale świadomie i dobrowolnie zgadzam się na wykonanie badania.

Zgadzam się na badanie TK z dożylnym podaniem środka kontrastowego

Zgadzam się na badanie TK, ale nie zgadzam się na podanie środka kontrastowego

Nie zgadzam się na badanie TK i zostałam/em poinformowana/y o możliwościach negatywnych konsekwencji takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data:.....
.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Podpisanie przez pacjenta niemożliwe:

pacjent nieprzytomny

Pacjent przytomny ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu
 (po przeczytaniu zgody przez lekarza pacjent wyraża zgodę na wykonanie badania diagnostycznego)

Data:.....
.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego i radiologa
