

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE <u>TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</u> Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

PESEL																						Numer Księgi Głównej	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--

1. OPIS I PRZEBIEG BADANIA

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono, że Pan/i stan zdrowia wymaga wykonania tomografii komputerowej:

☐ Z podaniem środka kontrastowego

☐ bez podania środka kontrastowego

Jest to metoda diagnostyczna wykorzystująca promieniowanie rentgenowskie, pozwalająca na uzyskanie obrazu narządów i tkanek o bardzo dużej dokładności. Badanie jest wykonywane przez elektroradiologa pod nadzorem lekarza i trwa od kilku do kilkunastu minut.

Co najmniej przez 4 godziny przed tomografią komputerową należy powstrzymać się od przyjmowania pokarmów. (bez jedzenia; pacjent powinien pić wodę). Badanie jest bezbolesne. Pacjent leży na stole, wsuwany jest do gantry aparatu TK. Badanie wymaga bezwzględnego pozostawania w bezruchu w pozycji leżącej i stosowania się do poleceń personelu Pracowni. W niektórych przypadkach pacjent może być proszony o wstrzymanie oddechu na kilka sekund. Badania TK wykonywane są z lub bez zastosowania środka kontrastowego. O jego podaniu decyduje lekarz. Środek kontrastowy jest najczęściej podawany dożylnie, wówczas w celu jego podania konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu), w niektórych przypadkach środek kontrastowy może być podawany doustnie lub do innych przestrzeni ciała.

Po dożylnym podaniu kontrastu nie zaleca się prowadzenia pojazdów oraz obsługi urządzeń precyzyjnych przez 1 godzinę od ostatniego podania. Po badaniu wskazane jest spożycie większej niż zwykle ilości płynów, aby usunąć kontrast z krwi – może to pomóc zapobiec wystąpieniu nefropatii kontrastowej.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA BADANIA :

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- dokładna diagnostyka wielonarządowa z uwzględnieniem zarówno tkanek miękkich, jak i struktur kostnych i naczyń krwionośnych,
- dostarczenie bardzo szczegółowych obrazów różnego rodzaju tkanek – w odróżnieniu od klasycznych badań radiologicznych TK pozwala na otrzymanie obrazów o wysokiej rozdzielności przestrzennej.
- dokładne rozpoznanie stanu zdrowia, pomoc w podjęciu decyzji terapeutycznej, kontrola efektów leczenia.

b) PRZECIWSKANIA:

Zawsze należy poinformować personel medyczny wykonujący badanie o wszystkich swoich chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach oraz o ciąży (lub jej podejrzeniu)!

Głównymi przeciwwskazaniami są: ciąża (lub jej podejrzenie), nadczynność tarczycy, niewydolność nerek, alergia na jod czy kontrast. Podanie kontrastu również jest obciążone innymi przeciwwskazaniami, wobec czego należy zastosować środki ostrożności, do których zalicza się m.in.:

- aktywna astma oskrzelowa, rozedma płuc;
- ostra lub przewlekła niewydolność krążeniowa;
- cukrzyca;
- dna moczanowa;
- aktywna infekcja.

Nie są to jednak przeciwwskazania bezwzględne i w uzasadnionych przypadkach oraz zachowaniem szczególnych środków ostrożności lekarz może skierować pacjenta na TK z kontrastem. Bezwzględnym przeciwwskazaniem jest natomiast udokumentowany wstrząs anafilaktyczny po podaniu środka kontrastującego.

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE <u>TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</u> Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

c) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (RYZKO):

Zależą od stanu zdrowia Pacjenta i jej zakresu. Można natomiast wyróżnić podstawowe ryzyka:

- **narażenie na promieniowanie jonizujące, które w nadmiarze może być szkodliwe**

Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny - skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć odległe działanie szkodliwe –jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź Pacjent był leczony napromieniowaniem –należy ten fakt zgłosić personelowi medycznemu.

- **powikłania związane z podaniem jodowego środka kontrastowego**

Zazwyczaj są one łagodne i przemijające, jednak możliwe są także cięższe powikłania. Większość reakcji ubocznych występuje w ciągu pierwszej godziny od podania, jednak niekiedy dochodzi do reakcji opóźnionych (po kilku godzinach lub kilku dniach od podania).

- miejscowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. odczyny skórne, ból, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie, obrzęk, sinica, stan zapalny)
- ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy np.: ogólne (np. złe samopoczucie, uderzenia gorąca, zwiększona potliwość, bóle i zawroty głowy, łzawienie oczu, nudności, wymioty, bóle brzucha)
- zaburzenia kardiologiczne - arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi;
- zaburzenia oddechowe - duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli; obrzęk języka
- zaburzenia neurologiczne - zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności;
- mieszane - zatrzymanie krążenia i oddychania

- **powikłania związane z wkluciem dożylnym i wynaczynieniem środka kontrastowego**

- zakażenie miejscowe, zmiany zapalne (np. ból, zaczerwienienie, obrzęk)
- uszkodzenie naczynia krwionośnego,
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego,
- zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich

- **powikłania związane z zaburzeniami funkcji nerek** (np. ostra niewydolność nerek lub tzw. Nefropatia kontrastowa)- szczególnie u osób z chorobami nerek lub cukrzycą). W celu minimalizacji ryzyka powikłań nerkowych, przed podjęciem decyzji o podaniu i dawce środka kontrastującego, konieczna jest ocena czynności nerek (poziom kreatyniny w surowicy krwi i/lub eGFR).

3. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

W przypadku, gdy tomografia komputerowa z kontrastem jest niewskazana lub pacjent ma obawy, lekarz może zaproponować alternatywne metody diagnostyczne, takie jak rezonans magnetyczny (MRI), ultrasonografia (USG) lub badanie radiologiczne (RTG). Alternatywnym rozwiązaniem może być również wykonanie TK bez kontrastu, jeśli pozwala na to typ do badania.

4. KONSEKWENCJE ODMOWY DIAGNOSTYKI:

Odmowa TK może prowadzić do opóźnienia diagnozy, trudności w ustaleniu przyczyny objawów, a w niektórych przypadkach - do pogorszenia stanu zdrowia lub nawet do niebezpiecznych sytuacji w przypadku, gdy TK jest niezbędna do szybkiego rozpoznania i leczenia.

5. ROZMOWA Z PERSONELEM

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko, co chce wiedzieć w związku z planowanym badaniem.

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE <u>TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</u> Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

6. ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z KONTRASTEM (wypełnia pacjent)

(W przypadku badania TK bez kontrastu, ankiety nie wypełnia się)

Masa ciała/wzrost	kg	cm
Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi		TAK NIE
1. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?		
2. Czy miał/a Pan/i badanie z podaniem środków kontrastowych? (np. urografia, tomografia komputerowa)		
3. Czy po podaniu środków kontrastowych towarzyszyły jakiegokolwiek powikłania, reakcje alergiczne ? Jeśli TAK, proszę podać jakie ?		
4. Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, pokarmy, substancje chemiczne, jod? Jeśli tak, to jakie?		
5. Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową? Jeśli tak to jakim lekiem jest Pan/i leczony/a?		
6. Czy rozpoznano u Pan/i niewydolność nerek lub/i białkomoczu?		
7. Czy choruje Pan/i na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to jaką?		
8. Czy ma Pan/i nadczynność/niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan/i leczony/a i jakim lekiem?		
9. Czy choruje Pan/i na cukrzycę ? Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/i leczona/y? (Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem donaczyniowym jodowych środków cieniujących)		
10. Czy choruje Pan/i na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
11. Czy choruje Pan/i na serce? (nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca)		
12. Czy choruje Pan(i) na dnę moczanową?		
13. Czy choruje Pan/i na szpiczaka mnogiego?		
14. Czy choruje Pan/i na inne niewymienione choroby ?		
15. Czy przyjmuje Pan/i inne niewymienione leki ? Jeśli tak, proszę podać jakie ?		

.....
(Podpis pacjenta)

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE <u>TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ</u> Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

7. RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (wypełnia personel medyczny)

[] małe [] średnie [] duże

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA

- W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z personelem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Zostały spełnione wszelkie moje wymagania co do informacji na temat mojego stanu zdrowia, zasadności i przebiegu badania oraz możliwych powikłań i następstw związanych z zastosowaniem procedury, jak również konsekwencji związanych z prognozowanymi następstwami zaniechania zastosowania badania.
- Zostałem poinformowany(a) o ewentualnej modyfikacji metody badania, jeśli zaistnieje taka konieczność i je akceptuję.
- Nadto oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody na proponowane badanie diagnostyczne TK oraz cofnięcia zgody na podanie środka kontrastującego.
- Oświadczam, że nie zataiłam/łam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi w ankiecie oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.
- **Oświadczam, że przez ostatnie 4 godzin nie przyjmowałam/am pokarmów.**

	TAK	NIE
W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie Tomografii Komputerowej	☐	☐

W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na podanie jodowego środka kontrastowego do badania Tomografii Komputerowej (JEŚLI DOTYCZY)	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

	JESTEM W CIAŻY	NIE JESTEM W CIAŻY	PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIAŻY	NIE DOTYCZY
DOTYCZY KOBIET: Oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania	☐	☐	☐	☐

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka personelu medycznego (w przypadku odmowy wskazać także godzinę)	

Podpisanie formularza przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, podpis oraz pieczętka personelu medycznego	
--	--