

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)**

Imię i nazwisko pacjenta													
PESEL												Nr księgi głównej	

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/Pana* istnienie zmian

W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badanie tomografii komputerowej

2. METODY LECZENIA

Tomografia komputerowa jest badaniem diagnostycznym, umożliwiające zobrazowani przekrojów ludzkiego ciała wykorzystując promieniowanie rentgenowskie.

Alternatywne metody diagnostyczne to:

.....
.....
.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Skutki bliskie i odległe narażenia napromieniowania rentgenowskiego:

- każda ekspozycja diagnostyczna powoduje pochłonięcie określonej dawki promieniowania rentgenowskiego, co niesie za sobą ryzyko uszkodzenia płodu, oraz ryzyko uszkodzenia innych narządów (m.in.: rogówki gałek ocznych, gonad, tarczycy), nadto może wzrosnąć nieznacznie ryzyko zapadnięcia na choroby nowotworowe
- dawki są różne w zależności od rodzaju badania i badanej okolicy anatomicznej ciała, niektóre narządy (jak rogówka gałki ocznej, tarczyca, narządy rozrodcze) są szczególnie wrażliwe na promieniowanie rentgenowskie, należy je w miarę możliwości osłaniać ochronami osobistymi (osłony zawierające ołów)
- bardziej wrażliwe na pochłanianie promieniowania rentgenowskiego są dzieci i osoby w okresie dojrzewania, dlatego celowość tego typu badań radiologicznych u dzieci i osób niepełnoletnich musi być bardzo precyzyjnie określona, zawsze w miarę możliwości należy stosować osłony indywidualne

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. Powikłania związane z wykonywaniem badania tomografii komputerowej są następujące:

a. następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, np. duszność),
b. powikłania związane z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego:

- miejscowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy [np. obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd] lub
- ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. zaburzenia kardiologiczne – arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi; zaburzenia oddechowe – duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli; zaburzenia neurologiczne – zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności; mieszane – zatrzymanie krążenia i oddychania),
- powikłania mogą mieć charakter lekki, średni i ciężki, do zatrzymania krążenia i oddychania włącznie.
- powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po dożylnym podaniu środka kontrastowego) lub późne (niewydolność nerek, nefropatia pokontrastowa)

c. powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę

- uszkodzenie naczynia krwionośnego,
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego,
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę,
- zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu* zabiegu zdarzają się bardzo rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pani/Pana* przypadku:

- duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan* zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/Pana* stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....
.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała/Pan zapytał* nas o wszystko co Pani chciałaby/ Pan chciał* wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/Pana* wyjaśnienia można uzyskać od każdego specjalisty zatrudnionego w naszym zakładzie. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/Pana* pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO BADANIA

.....
.....

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem* 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 satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią*..... spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji na temat :

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego dalszego postępowania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

**Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi) zastrzeżeniami zgadzam się
na wykonanie zabiegu
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie
przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,
ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.
Zostałam poinformowana/zostałem poinformowany* o możliwych negatywnych konsekwencjach
takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

Informacje dla Pacjenta

Szanowna Pani! Szanowny Panie!

Zaproponowane Państwu badanie ma na celu wyjaśnienie przyczyny Państwa dolegliwości, tym samym zwiększy szansę na skuteczną terapię. Chcielibyśmy abyście Państwo zostali poinformowani o tym jak należy przygotować się do badania i jaki jest jego przebieg. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z podanymi poniżej informacjami oraz wypełnienie ankiety.

Opis badania tomografii komputerowej (TK)

Tomografia komputerowa jest nowoczesną, nieinwazyjną metodą obrazowania. Badanie jest wykonywane przez technika rtg pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od kilku do kilkunastu minut. W czasie badania pacjent umieszczony jest na specjalnym stole, który przesuwa się w trakcie skanowania. Badany obszar jest skanowany wiązką promieniowania rtg, a następnie system komputerowy generuje obrazy przekrojów ciała pacjenta. Badany powinien leżeć nieruchomo - w przeciwnym razie uzyskane obrazy będą nieostre i niemożliwe do oceny przez lekarza radiologa. W niektórych badaniach pacjent może być proszony o wstrzymanie oddechu na kilkanaście sekund. W większości badań tomografii komputerowej konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego. W niektórych badaniach tomografii komputerowej (ocena jamy brzusznej, miednicy) konieczne jest ponadto wcześniejsze doustne, ewentualnie również podczas badania doodbytnicze podanie środka kontrastowego. W razie wystąpienia u pacjenta podczas badania objawów niepożądanych, może ono być w każdej chwili przerwane, w celu oceny tych objawów i wdrożenia właściwego postępowania medycznego.

W rzadkich przypadkach badanie może być przerwane z przyczyn technicznych z powodu awarii aparatu. U niektórych pacjentów w trakcie badania lekarz radiolog może zdecydować o poszerzeniu zakresu badania w stosunku do zakresu określonego na skierowaniu.

Tomografia komputerowa jest badaniem wykorzystującym promienie rentgenowskie. Do badania TK prosimy nie zabierać zegarków, telefonów komórkowych. W zależności od rodzaju badania należy także usunąć biżuterię lub bieliznę u kobiet.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE PRZEDMIOTÓW ZABRANYCH PRZEZ PACJENTA DO BADANIA.

Pacjent przed badaniem ma możliwość zadawania pytań dotyczących badania TK i uzyskanie zrozumiałych dla niego i wyczerpujących odpowiedzi. Zgodę na wykonanie badania wyraża po podjęciu samodzielnej decyzji w wystarczającym dla pacjenta czasie. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym. Dla pełnej wartości badania wskazane jest podanie środka kontrastowego. Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w pracowni TK bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15 – 30 minut.

Ryzyko reakcji niepożądanej po podaniu radiologicznych środków kontrastowych. Ryzyko niepożądanej reakcji zwiększa się w sytuacjach takich jak: uczulenie na jod, powikłania po dożylnym podaniu środka kontrastowego w przeszłości, alergia astma, niewydolność układu krążenia, układu oddechowego, odwodnienie, niewydolność nerek, cukrzyca, niewydolność wątroby, wiek powyżej 65 r.ż., dzieci do lat 10. **Leczenie jodem radioaktywnym wyklucza podanie kontrastu podczas badania.** Pacjenci nie powinni przerywać brania stałych leków. Pacjenci alergicy powinni przynieść na badania leki, które stale zażywają. Pacjenci przychodząc na badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego powinni posiadać ze sobą aktualny wynik badania poziomu **kreatyniny i TSH**. Ważność wyniku badania poziomu kreatyniny ustala się na **14 dni**. **Kobietom w ciąży ze względu na potencjalne zagrożenie dla dziecka nie zaleca się wykonywania badań TK.** W dniu badania należy dostarczyć pełną dokumentację z badań obrazowych wcześniej wykonanych: MR, TK, USG, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Ankieta

W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania ankiety diagnostycznej do badania TK.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania TAK/NIE wstawiając znak X

	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, cukrzycę, astmę oskrzelową? Jeżeli tak to jaką?		
Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek?		
Czy u pacjenta rozpoznano inną chorobę nerek? Jeżeli tak to jaką?		
Czy pacjent choruje na choroby układu nerwowego *ból głowy, padaczka, utrata przytomności)?		
Czy u pacjenta rozpoznano choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)? Jeżeli tak to jaką?		
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Jeżeli tak to jakich?		
Czy kiedykolwiek wcześniej miał Pan/Pani wykonywane badanie TK z użyciem środka kontrastowego?		
Czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?		
Czy w przypadku konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego?		

.....
Miejscowość, data

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego