



Nazwisko i imię pacjenta PESEL

ZGODA NA BADANIE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ ŚRODKI KONTRASTOWE STOSOWANE W TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

W czasie badania pacjent poddany jest działaniu promieniowania rentgenowskiego. Kobiety w wieku rozrodczym powinny wykonywać badanie w czasie pierwszych 10 dni cyklu. U kobiet ciężarnych wykonanie badania rentgenowskie odbywają się wyłącznie ze wskazań życiowych.

Badanie wymaga całkowitego spokoju, pozostania w bezruchu, a niekiedy wstrzymania przez kilka sekund oddechu. Pacjenci niespokojni, pobudzeni ruchowo, małe dzieci (zwłaszcza niemowlęta) wymagają celem przeprowadzenia badania znieczulenia anestezjologicznego.

W badaniu tomografii komputerowej bardzo często podawany jest środek kontrastowy, zawsze na zlecenie lekarza radiologa.

Do badania należy zgłosić się na czczo lub na 6 godziny przed badaniem nie przyjmować pokarmów.

Kontrast to substancja, którą podaje się dożylnie lub do jamy ciała. Wszystkie środki kontrastowe stosowane w rentgenodiagnostyce zawierają jod. Promieniowanie rentgenowskie (X) nie przenika przez środki kontrastowe, ponieważ jest pochłaniane przez jod. Obszary ciała gdzie kontrast ulega dystrybucji po wstrzyknięciu do krwiobiegu lub jam ciała stają się widoczne podczas badania rentgenowskiego (TK). Dzięki temu możemy uzyskać dokładny obraz narządu lub wzmocnić obraz struktury patologicznej.

W naszej pracowni podczas badania stosowane są wyłącznie niejonowe środki kontrastowe, bowiem tylko takie charakteryzują się dobrą tolerancją miejscową i ogólną, rzadkim wywoływaniem reakcji alergicznych oraz redukcją objawów ubocznych do minimum.

W przypadku uczulenia na jod konieczne jest wcześniejsze poinformowanie lekarza. Również uszkodzenie funkcji nerek (objawiające się najczęściej podwyższonym stężeniem kreatyniny) może być przeciwwskazaniem do podania kontrastu. Konieczne jest także poinformowanie lekarza o chorobach, lekach przyjmowanych na co dzień. W przypadku zażywania doustnych leków hipoglikemizujących (metformin) należy odstawić w/w leki na 2 dni przed badaniem i 2 dni po badaniu TK z użyciem środka kontrastowego. Przed badaniem należy dostarczyć aktualne wyniki poziomu kreatyniny (GFR) i TSH.

Jak każdy lek, środek kontrastowy może powodować działania niepożądane o różnym nasileniu, chociaż nie u każdego one występują. Te najczęściej występujące to: nudności, wymioty, uczucie ciepła. Działania niepożądane zwykle są przejściowe i mają niewielkie nasilenie, jednak opisywano również, chociaż niezwykle rzadko (1: 50 000 – 100 000 badanych) reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu, prowadzącym nawet do zgonu.

Informacja dla pacjentów i lekarzy kierujących dotycząca badania TK dostępna jest w rejestracji Pracowni TK Klinicznego Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie <http://www.szpital2.rzeszow.pl/zaklady-pracownie/zaklad-radiologii-diagnostyki-obrazowe>, zaś aktualne wytyczne dotyczące stosowania środków kontrastowych na stronie <http://www.esur.org/guidelines/pl/index.php>.



Szacunkowe wartości częstości występowania działań niepożądanych w oparciu o dane z badań klinicznych na pacjentach (źródło: ulotka dołączona do środka kontrastowego Ultravist 240, 300, 370)

UKŁAD NARZĄDÓW	CZĘSTO działanie niepożądane występuje częściej niż u 1 osoby na 100	NIEZBYT CZĘSTO działanie niepożądane występuje rzadziej niż u 1 osoby na 100	RZADKO działanie niepożądane występuje rzadziej niż u 1 osoby na 1000
Zaburzenia układu immunologicznego		Reakcje rzekomoanafilaktyczne/nadwrażliwości	Reakcje rzekomoalergiczne z niebezpiecznym zmniejszeniem ciśnienia krwi (wstrząs), (również przypadki zakończone zgonem)
Zaburzenia endokrynologiczne			Nadczynność tarczycy (hipertyroidyzm, przełom tyreotoksyczny), niedoczynność tarczycy (hipotyroidyzm)
Zaburzenia układu nerwowego		Zawroty głowy, niepokój	Mrowienie lub drętwienie rąk lub nóg/ niedoczulica, splątanie, lęk, pobudzenie, niepamięć, zaburzenia mowy, senność, utrata przytomności, śpiączka, drżenia, drgawki, osłabienie prowadzące do utraty możliwości poruszania się/ porażenie, niedokrwienie mózgu, udar mózgu. Przejściowa utrata wzroku.
Zaburzenie oka		Zmniejszenie ostrości/zaburzenia widzenia	Zapalenie spojówek, łzawienie
Zaburzenie ucha i błędnika			Zaburzenia słuchu
Zaburzenia serca		Zaburzenia rytmu	Szybkie lub nieregularne bicie serca (palpitacje), ból/uczucie ucisku w klatce piersiowej, spowolnione lub przyspieszone bicie serca, zawała serca, choroba serca, sinica
Zaburzenie naczyniowe		Uczucie ciepła (rozszerzenie naczyń krwionośnych)	Niedociśnienie lub nadciśnienie tętnicze, niebezpieczne zmniejszenie ciśnienia krwi (wstrząs), skurcz naczyń krwionośnych, zaburzenia zakrzepowo-zatorowe
Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia		Kichanie, kaszel	Katar, duszność, niewydolność oddechowa, obrzęk błony śluzowej, astma, chrypka, obrzęk twarzy, języka lub gardła, trudności w oddychaniu (skurcz oskrzeli, skurcz krtani/gardła), obrzęk płuc, zatrzymanie oddychania.
Zaburzenia żołądka i jelit	Nudności	Wymioty, zaburzenia smaku	Podrażnienie gardła, trudności w polykaniu, obrzęk ślinianek, ból brzucha, biegunka
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej		Pokrzywka, świąd, rumień	Obrzęk języka, twarzy, ust lub gardła, ciężka choroba skóry (ból, czerwienienie, duże owrzodzenia, łuszczenie się naskórka, przekrwienie warg, oczu itd.)
Zaburzenia nerek i dróg moczowych		Zaburzenie czynności nerek	Ciężka niewydolność nerek
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania	Uczucia gorąca lub bólu, ból głowy	Złe samopoczucie, dreszcze, zwiększona potliwość, omdlenia	Bładość, zmiany temperatury ciała. Obrzęki skóry; jeśli środek kontrastowy nie został wstrzyknięty precyzyjnie do naczynia: ból w miejscu podania, niewielkie ocieplenia oraz obrzęk, zmiany zapalne i uszkodzenie tkanek.

Nazwisko i imię pacjenta PESEL

**ANKIETA DLA PACJENTA KIEROWANEGO NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)
ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

W trosce o bezpieczeństwo prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem. Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź. Jeżeli ma Pan(i) jakieś wątpliwości, należy zwrócić się do personelu naszej pracowni. Dane z ankiety nie będą użyte do dalszego przetwarzania, stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

1. Czy miał(a) Pan(i) w przeszłości badanie tomografii komputerowej lub inne badanie z użyciem środka kontrastowego (np. urografia) ? TAK NIE
Jeżeli tak: czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe ?..... TAK NIE
2. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe (leki, środki chemiczne)? TAK NIE
Jeżeli tak, proszę wymienić na jakie.....
3. Czy choruje Pani/Pan na:
- choroby tarczycy..... TAK NIE
- choroby nerek TAK NIE
- cukrzycę(czy zażywa doustne leki p-cukrzycowe – np.Metformin?) TAK NIE
- astmę TAK NIE
- nadciśnienie tętnicze TAK NIE
4. Czy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne ?..... TAK NIE
Jeżeli tak, to proszę napisać jakie i w którym roku
5. DOTYCZY KOBIET: jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem(am) i rozumiałem(am) zawartość ankiety.

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
data i podpis pacjenta 16-18 lat

* niepotrzebne skreślić

ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA (dotyczy pacjentów ambulatoryjnych)

Podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem(am) i rozumiałem(am) zawartość ankiety. Zapoznałem(am) się z informacją dotyczącą badania i podania środka kontrastowego. Zrozumiałem(am) jej treść i miałem(am) możliwość wyjaśnienia moich wątpliwości w rozmowie z personelem medycznym pracowni diagnostycznej. Czuję się dostatecznie poinformowany(a).

WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

świadomy(a) możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy związanej z moją decyzją

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
data i podpis pacjenta 16-18 lat

* niepotrzebne skreślić

.....
data
str.3

Podpis i pieczętka osoby
przyjmującej ankietę
(personel Pracowni TK)