



Szpital Kliniczny im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej  
**ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
tel. 052/ 37 09 350 w godz. 8:00 – 18:00

Przygotowanie pacjenta do badania Tomografii Komputerowej

**Przygotowanie do badania z kontrastem:**

- pacjent przynosi koniecznie aktualny wynik poziomu **KREATYNYNY (ważny 3 miesiące)**,
  - zaleca się aby ostatni posiłek zjeść co najmniej 4 godziny przed planowanym badaniem,
  - zaleca się zwiększyć ilości przyjmowanych płynów (w przeddzień badania),
  - leki zażywane codziennie przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza,
  - do badania tomografii jamy brzusznej należy zgłosić się 30 minut przed badaniem, następnie należy wypić ok. 500 ml niegazowanej wody,
  - zaleca się aby pacjent przyszedł na badanie z dorosłą osobą towarzyszącą,
- pacjent przynosi wyniki wcześniej wykonywanych badań TK, MR, USG, RTG (jeżeli były wcześniej wykonywane)

.....  
**data badania**

.....  
**godzina badania**

**WYPEŁNIA PACJENT**

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA Z ZASTOSOWANIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO I EWENTUALNE DO NACZYNIOWE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Imię i nazwisko pacjenta: ..... PESEL pacjenta: .....

**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, stawiając znak X w odpowiednie pole**

1.	Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe po podaniu środków farmaceutycznych (leki, środki cieniujące).....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2.	Czy cierpi Pani/Pan na jawną nadczynność tarczycy ( <b>jeżeli TAK konieczna jest zgoda lekarza endokrynologa na do naczyniowe podanie jodowego środka kontrastowego</b> )	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	Czy cierpi Pani/Pan na następujące schorzenia: niewydolność serca, choroby nerek, astmę oskrzelową, alergie (proszę podkreślić występujące)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Czy cierpi Pani/Pan na następujące schorzenia: nadciśnienie tętnicze, szpiczak mnogi (proszę podkreślić występujące)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5.	Czy cierpi Pani/Pan na cukrzycę (proszę podać nazwę przyjmowanego leku) .....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6.	Czy jest Pani w ciąży ? (w przypadku wątpliwości istnieje konieczność wykonania w dniu badania testu ciążowego)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

1. Tomografia Komputerowa to badania z użyciem szkodliwego promieniowania jonizującego. U kobiet w ciąży badania te mogą być wykonywane jedynie w sytuacji ratowania życia. Badania jest nieinwazyjne i bezbolesne.

Czas trwania: Tomografia Komputerowa 10–20 minut, może wymagać podania dożylnego środka kontrastowego,

2. Po podaniu środka kontrastowego może wystąpić uczucie ciepła, w rzadkich przypadkach, inne reakcje uboczne (takie jak nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia). Powikłania jeśli występują to najczęściej w ciągu 30 min. po podaniu środka kontrastowego, w związku z tym pacjent pozostaje przez ten czas na terenie pracowni pod obserwacją.

3. Nie ma konieczności przerywania karmienia piersią po wykonaniu badania.

4. Wynik badania odbiera pacjent **osobiście lub przez osobę pisemnie do tego upoważnioną!**

**Oświadczam, że przeczytałam/łem i zrozumiałam/em całą zawartość formularza oraz miałam/em możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Będąc świadomą/ym możliwości wystąpienia u mnie działań niepożądanych wyrażam zgodę na wykonanie badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego i ewentualne podanie dożylnego środka kontrastowego.**

**Data i podpis pacjenta** .....  
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)

**WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ****1. Aktualne stężenie kreatyniny w surowicy** (dołączamy oryginał lub ksero wyniku dostarczonego w dniu badania przez pacjenta):

WYNIK Z DNIA: .....

KREATYNINA: ..... eGFR (wg MDRD) ..... ml/min/1,73 m<sup>2</sup>**2. Podanie środka kontrastującego:**pieczętka i podpis  
lekarza zlecającego.....pieczętka i podpis  
pielęgniarki.....

rodzaj środka kontrastującego..... objętość(ml).....

numer i seria .....

**3. Dawka promieniowania otrzymana przez pacjenta w czasie badania:**

CTDI ..... (mGy)    DLP ..... (mGycm)

pieczętka i podpis  
technika elektroradiologii .....

