

Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy jest Pan/i na czczo?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i podawane środki kontrastowe ?	TAK	NIE
Jeśli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne?	TAK	NIE

Jeżeli tak, to jakie?

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane jakiegokolwiek operacje?

TAK NIE

Jeżeli tak, to na jakie?

Jeżeli tak, to prosimy o kontakt z Lekarzem Prowadzącym w celu ustalenia wskazań i przygotowania do badania z podaniem środka kontrastowego.

Czy nosi Pan/i protezę zębową? **Jeżeli TAK to proszę ją wyjąć .**

TAK NIE

Czy choruje Pan/i na choroby przewlekłe:

schorzenia nerek	TAK	NIE	padaczkę	TAK	NIE
nadczynność tarczycy	TAK	NIE	nadciśnienie	TAK	NIE
astmę	TAK	NIE	alergię	TAK	NIE
cukrzycę	TAK	NIE			

Jakie leki Pan/i przyjmuje?

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

Nie jestem w ciąży

Wyrażam świadomą zgodę na badanie metodą Tomografii Komputerowej.

Wyrażam świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego

Jednocześnie oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach (w tym tych odległych) i zagrożeniach. Przedstawiono mi również alternatywne sposoby diagnostyki.

Potwierdzam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

data i miejsce

czytelnie imię i nazwisko

Wypełnia lekarz

Zalecenia lekarza

- Środek kontrastowy podany dożylnie ilość.....
- Środek kontrastowy podany doustnie ilość.....
- Środek kontrastowy podany doodbytniczo ilość.....
- Tampon dopochwowy
- Inne leki i zalecenia.....

data

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis i pieczęć pielęgniarki

Podpis i pieczęć technika RTG