



ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

- Niniejszym oświadczam, że otrzymałem/am pełną i wyczerpującą informację o badaniu TK, w tym o ryzyku związanym z podaniem środka kontrastowego, jak również o możliwości niepełnej diagnozy w przypadku niepodania kontrastu mimo wskazań do jego zastosowania. Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne konsekwencje wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem tomografii komputerowej.
- Wyrażam zgodę na badanie metodą tomografii komputerowej. *** TAK NIE
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości powikłań związanych z badaniem i **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badania z podaniem środka kontrastowego.
- W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego biorę na siebie pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.
- Jeżeli będzie wymagała tego typu sytuacja zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami sposobu wykonywania badania.
- Oświadczam, że umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących badania i podania środka kontrastowego i otrzymałem/am na nie wyczerpujące odpowiedzi.
- Inne pytania, uwagi i zastrzeżenia pacjenta:
- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów. *** TAK NIE

Data: --, Godz.: -

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna
prawnego**



ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Pan/Pani: , , Pesel: ,
Nazwisko Imię

Lub * , Nazwa preparatu: , Obj.: ,
Rodzaj, numer, seria dokumentu tożsamości

Zlecający: , ,
Nazwisko Imię

Podający: , ,
Nazwisko Imię

.....
Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego
badanie

Stan pacjenta po badaniu i podaniu środka kontrastowego. ***

Brak reakcji uczuleniowej: , Reakcja uczuleniowa, jaka? Miejscowa: Ogólna:

Sposób postępowania:

.....
Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego
badanie

Odstąpiono z podania środka kontrastowego. *** TAK NIE z powodu:

* wypełnić gdy numer Pesel nie został nadany

** niepotrzebne skreślić. Jeżeli Pacjent nie ukończył 16 lat, w imieniu dziecka zgodę podpisuje rodzic / opiekun prawny

*** wstawić znak „X” w polu z wybraną odpowiedzią

.....
Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego
badanie

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna
prawnego**