

**ANKIETA KWALIFIKUJĄCA PACJENTA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (CT)**

Podane informacje w ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne, a dokumentacja zdjęciowa może być wykorzystana do celów naukowych jedynie po anonimizacji.

Data badania:		Pesel									
Nazwisko:											
Imię:											
Waga:	Telefon kontaktowy:										

**INFORMACJE DLA PACJENTA**

Jodowe środki kontrastowe są uważane za jedne z lepiej tolerowanych preparatów stosowanych w diagnostyce radiologicznej, niemniej jednak mogą powodować działania niepożądane o różnym stopniu nasilenia ze strony różnych układów organizmu. Klasyfikacja powikłań po donaczyniowym podaniu środków kontrastowych do tomografii komputerowej dzieli je na trzy podstawowe typy: **lekkie, umiarkowane i ciężkie**. Większość z tych działań pojawia się najczęściej w ciągu pierwszych 20 minut po podaniu środka, jednak w rzadkich przypadkach obserwuje się również późne działania niepożądane występujące 24-48 godzin lub później po wstrzyknięciu.

**A. Wczesne działania niepożądane po podaniu jodowych środków kontrastowych**

Lekkie działania niepożądane	Umiarkowane działania niepożądane	Ciężkie działania niepożądane
nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła	omdlenie, ciężkie wymioty, rozległa pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli	drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia

**B. Opóźnione działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych**

Reakcje skórne	Reakcje ogólnoustrojowe	Inne
wysypka, świąd, obrzęk	bóle, zawroty głowy, nudności, biegunka, dreszcze, skurcze mięśni, objawy grypopodobne	niewydolność nerek, bóle rąk, inne reakcje

PYTANIA	TAK*	NIE*
Czy istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży?		
Czy jest Pani/ Pan uczulona(y) (np., na leki, pokarmy, substancje chemiczne)? Jeśli tak, na jakie? .....		
Czy choruje Pani/ Pan na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakie leki Pani/ Pan przyjmuje? .....		
Czy choruje Pani/ Pan na choroby nerek? Jeśli tak, to jakie leki Pani/ Pan przyjmuje? .....		
Czy choruje Pani/ Pan na nadciśnienie tętnicze? Jeśli tak, to jakie leki Pani/ Pan przyjmuje? .....		
Czy miał Pan/i kiedykolwiek wykonywane badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego (np. CT, MR, urografia itp.)		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje niepożądane? Jeśli tak, to jakie? .....		
Uwagi:		

Przed badaniem należy być na czczo, nie jeść przez co najmniej 6 godzin. Nie pić przez ostatnie 2 godziny. Jeżeli przyjmuje Pani/ Pan jakieś leki na stałe (np. na nadciśnienie, choroby serca, cukrzycę) proszę je zażyć popijając niewielką ilością przegotowanej wody. Jeżeli badanie wymaga podania kontrastu, konieczne jest wcześniejsze dobre nawodnienie organizmu – wypicie 1-2 litrów niegazowanego płynu w przeddzień badania. Pacjenci z cukrzycą, dną moczanową, białkomoczem, nadciśnieniem tętniczym, wiekiem powyżej 70 r.ż, przebyłym zabiegiem nerki lub innymi zaburzeniami funkcji nerek zobowiązani są dostarczyć aktualny, nie starszy niż 7 dni, wynik eGFR (skierowanie od lekarza kierującego). Należy powiadomić lekarza o uczuleniach na środki kontrastowe (jeśli występują). **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do badania CT.** W przypadku karmienia piersią, 24 godziny po podaniu środka kontrastowego pokarm matki nie powinien być podawany dziecku.

**Ocena badania diagnostycznego może być wspomagana algorytmami sztucznej inteligencji. O ostatecznym wyniku badania decyduje lekarz.**

**Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o szkodliwym działaniu promieniowania jonizującego na organizm i świadomie wyrażam zgodę na wymienione w skierowaniu badanie radiologiczne. Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwych powikłaniach po podaniu środka kontrastowego.**

 .....  
 (data i czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego)

 .....  
 (data i czytelny podpis Technika Radiologii)

**Wypełnia lekarz:**

Wynik eGFR: ....., z dnia ..... (nie starszy niż 7 dni).

**Zlecenie lekarskie:**

wklucie     kontrast - .....     pacjent z wenflonem  
(nazwa/ dawka)

.....  
(data, podpis i pieczęć lekarza radiologa)

\* wstaw znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi

**UWAGA!** W przypadku pacjenta bez kontaktu, zgodę na badanie CT podpisuje lekarz kierujący.

**Wypełnia pielęgniarka:**

- potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego
- potwierdzenie usunięcia wenflonu (jeśli dotyczy)
- brak zdarzeń związanych z podaniem kontrastu, jeśli nie, wypełnij poniżej

.....  
(data, podpis i pieczęć pielęgniarki)

**Ewentualne zdarzenia związane z podaniem kontrastu:**

- wynaczynienie
- reakcja alergiczna
- inne, jakie? .....
- .....

**Podjęte działania:**

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

.....  
(data i czytelny podpis lekarza)

.....  
(data i czytelny podpis pielęgniarki)

\* wstaw znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi

**UWAGA!** W przypadku pacjenta bez kontaktu, zgodę na badanie CT podpisuje lekarz kierujący.