

KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM RADIOLOGICZNYM

Środek kontrastowy zawierający jod ***Informacja dla pacjenta***

Badanie obrazowe, któremu ma się Pan/Pani poddać, może się wiązać z koniecznością zastosowania środka kontrastowego zawierającego jod. W zależności od rodzaju przeprowadzanego badania środek może być podany do żył, stawów lub innych części ciała bądź też doustnie – w takim przypadku zostanie Pan/Pani poproszony/a o wypicie środka kontrastowego.

Środek kontrastowy jest wykorzystywany przez radiologów w celu uwidocznienia ważnych struktur, które badamy, oraz zwiększenia dokładności przeprowadzanego badania.

Pewne schorzenia mogą wpływać na reakcję Pana/Pani organizmu na środek kontrastowy, dlatego też musimy wiedzieć o tych schorzeniach przed rozpoczęciem badania. Z tego powodu prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

- Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią? ___ TAK ___ NIE
- Czy ma Pan/Pani uczulenie na jakieś leki? ___ TAK ___ NIE
Jeżeli tak, na jakie? _____
- Czy ma Pan/Pani astmę lub korzysta codziennie z inhalatora? ___ TAK ___ NIE
- Czy wstrzykiwano Panu/Pani kiedyś dożylny środek kontrastowy? ___ TAK ___ NIE
Czy reaguje Pan/Pani alergicznie na zastrzyki lub ma po nich powikłania? Jeżeli tak, proszę opisać:

- Czy przed dzisiejszą tomografią podawano Panu/Pani leki? ___ TAK ___ NIE
Jeżeli tak, proszę wymienić lekarstwa i dawki: _____
- Czy ma Pan/Pani nadciśnienie? ___ TAK ___ NIE
- Czy ma Pan/Pani cukrzycę? ___ TAK ___ NIE
- Czy bierze Pan/Pani Metformin, Avandament lub inny lek zawierający Glucophage? ___ TAK ___ NIE
- Czy ma Pan/Pani problemy z nerkami? ___ TAK ___ NIE
- Czy jest Pan/Pani dializowany/a? ___ TAK ___ NIE
Jeżeli tak, to na kiedy jest zaplanowana kolejna dializa? _____
- Czy zdiagnozowano u Pana/Pani którąś z następujących chorób?
 - PROBLEMY Z GOSPODARKĄ PŁYNNAMI ___ TAK ___ NIE
 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA lub ZASTOINOWA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA ___ TAK ___ NIE
 - ZAWAŁ SERCA ___ TAK ___ NIE
 - CHOROBY TARCZYCY (jeżeli tak, proszę wymienić: _____) ___ TAK ___ NIE
 - UCZULENIE NA LATEKS ___ TAK ___ NIE
 - SZPICZAK MNOGI ___ TAK ___ NIE
 - NUŻLIWOŚĆ MIĘŚNI (MIASTENIA) ___ TAK ___ NIE
 - GUZ CHROMOCHŁONNY (PHEOCHROMOCYTOMA) ___ TAK ___ NIE
 - ANEMIA SIERPOWATA ___ TAK ___ NIE

ZGODA NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Środek kontrastowy zawierający jod

Pana/Pani lekarz zlecił nam przeprowadzenia badania obrazowego, które wiąże się ze wstrzyknięciem środka kontrastowego.

Środek kontrastowy ułatwia radiologowi zinterpretowanie badania. Poprawia on obraz naczyń krwionośnych i struktur naczyniowych oraz sprawia, że pewne nieprawidłowości są lepiej widoczne. Środek kontrastowy jest filtrowany przez nerki i wydalany w moczu.

Stosowanie kontrastu wiąże się z pewnym ryzykiem. Większość zagrożeń jest niewielka, ale niektóre z nich mogą być poważne. Do mniej poważnych reakcji należą między innymi: pokrzywka, kichanie, wysypka lub lekka opuchlizna oczu, nosa lub gardła. Poważne reakcje przypominają ciężkie reakcje alergiczne i mogą obejmować puchnięcie twarzy, języka i/lub gardła, trudności w oddychaniu, niskie ciśnienie krwi, a w rzadkich przypadkach zgon. Większość reakcji może zostać pomyślnie wyleczona lekami, które są dostępne natychmiastowo w naszym oddziale radiologii na wypadek, gdyby okazały się potrzebne.

Pana/Pani lekarz i radiolodzy są świadomi rzadkich przypadków reakcji organizmu na środek kontrastowy, ale uważają, że korzyści płynące z tego badania przewyższają wyżej wymienione zagrożenia.

Zapoznałem/am się z powyższą informacją, zostałem/am poinformowany/a o ryzyku wiążącym się z badaniem i rozumiem te zagrożenia. Mam świadomość, co może się wydarzyć i przyjmuję pełną odpowiedzialność za tego rodzaju reakcje i skutki. Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego przez wstrzyknięcia dożylna. Miałem/am możliwość zadania pytań.

Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna (drukowanymi literami) Świadek (drukowanymi literami) _____
Data

Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna (podpis) Świadek (podpis)

Tłumacz (drukowanymi literami) Tłumacz (podpis) _____
Data