

## **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