



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
ul. Szczecińska 16 i 31, tel. (059) 83 42 281,
I cz. kodu resortowego – 00000011496

Pracownia TK
77-300 Człuchów ul. Szczecińska 31
tel. 059 83 42 281 wew. 374
V cz. kodu resortowego – 01
VII cz. kodu resort. - 013

Ankieta przed badaniem TK oraz przed podaniem środka kontrastowego

Imię i nazwisko: lat: waga: kg. Płeć K/M

Rodzaj badania:

Zgłaszane dolegliwości / cel badania		
Czy choruje Pan/Pani na choroby zakaźne? Jeśli tak to jakie?		
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonane badanie TK? Jeśli tak to kiedy?		
Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe		
Czy wystąpiły wtedy powikłania? Jeśli tak to jakie?		
Czy cierpi Pan/Pani na uczulenia? Jeśli tak to na jakie?		
Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne (cukrzyca, nadczynność tarczycy)?		
Czy ma Pan/Pani zaplanowane w najbliższym czasie badanie scyntygraficzne tarczycy lub terapię jodem radioaktywnym?		
Inne choroby (w szczególności astma, szpiczak mnogi, choroby układu krążenia, nerek). Jakież?		
Przyjmowane leki:		

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem przebiegu badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w przebiegu badania oraz po podaniu środka kontrastowego. Stwierdzam, że uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie związane z badaniem pytania.

Zgadzam się na przeprowadzanie badania. Zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego.

Człuchów, dnia.....201.....r.

.....
(czytelny podpis)