

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

### I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: Numer PESEL: Numer Księgi Głównej:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
--	---

### II. OKOLICA CIAŁA, KTÓRA MA BYĆ PODDANA BADANIU TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

.....

### III. INFORMACJA O BADANIU

#### Szanowni Państwo,

Wykonanie badania tomografii komputerowej (TK) jak również podanie środka kontrastującego wymaga Państwa pisemnej zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o przygotowaniu, sposobie wykonania badania i ryzyku związanym z jego wykonaniem.

#### 1. Przygotowanie do badania:

Badania TK wykonywane są bez lub z podaniem środka kontrastującego.

Badania bez użycia środka kontrastującego nie wymagają specjalnego przygotowania.

Do badania z użyciem środka kontrastującego pacjent powinien:

- pozostać przez minimum 5 godzin bez jedzenia i picia;
- oznaczyć poziom kreatyniny w surowicy. Za aktualne uznaje się badanie kreatyniny wykonane w okresie 14 dni poprzedzających badanie u pacjentów bez dowodów/przesłanek wskazujących na zaburzenia czynności nerek oraz u osób z dowodami/przesłankami wskazującymi na zaburzenia czynności nerek ten okres wynosi 7 dni;
- pacjenci chorujący na cukrzycę leczeni Metforminą, z nieprawidłowymi parametrami nerkowymi powinni odstawić Metforminę na 48h przed i 48h po badaniu z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastowego. W tym czasie pacjent jest zobowiązany do samokontroli poziomu glukozy we krwi i w razie stwierdzenia istotnej nieprawidłowości niezwłocznego skontaktowania się ze swoim lekarzem kierującym lub najbliższym szpitalnym oddziałem ratunkowym.
- pacjenci z rozpoznanymi chorobami tarczycy powinni dostarczyć aktualne wyniki badań TSH, fT3 oraz fT4 (wykonane w okresie 14 dni poprzedzających badanie) i być badani tylko w przypadku prawidłowych parametrów. W niektórych przypadkach wymagana jest dodatkowo konsultacja endokrynologa o braku przeciwwskazań do podania jodowego środka kontrastowego;
- pacjentki karmiące piersią nie powinny karmić dziecka w ciągu najbliższych 24h, a ściągnięty w tym czasie pokarm powinien zostać wylany.

#### Ponadto zgłaszając się na badanie TK pacjent powinien przynieść ze sobą:

- poprzednie wyniki badań diagnostycznych (opis + płyty), laboratoryjnych, wypisy ze szpitala;
- spis leków przyjmowanych na stałe;
- 1 litr wody niegazowanej (osoby do badania jamy brzusznej lub miednicy);
- dowód osobisty;
- książeczkę zdrowia dziecka – poniżej 16 roku życia;
- osoby z wadą wzroku - okulary (w celu wypełnienia ankiety i podpisania zgody na badanie);
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z rodzicem lub opiekunem prawnym.

Po badaniu wskazane jest spożycie większej niż zwykle ilości płynów.

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta:

### 1. Opis badania

**Tomografia Komputerowa** jest metodą diagnostyczną wykorzystującą promieniowanie rentgenowskie, pozwalająca na uzyskanie obrazu narządów i tkanek o bardzo dużej dokładności. Badanie jest wykonywane przez technika rtg pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od kilku do kilkunastu minut. Główną zaletą badania w stosunku do innych badań radiologii konwencjonalnej jest możliwość odróżnienia od siebie poszczególnych frakcji tkanek miękkich ustroju.

Badanie jest bezbolesne. Pacjent leży na stole, wsuwany jest do tunelu aparatu TK. Badanie wymaga bezwzględnego pozostawiania w bezruchu w pozycji leżącej i stosowania się do poleceń personelu Pracowni. W niektórych przypadkach pacjent może być proszony o wstrzymanie oddechu na kilka sekund. W przypadku niektórych pacjentów badanie przeprowadzane jest w znieczuleniu (rodzaj znieczulenia zależny od decyzji anestezjologa), na które wymagana jest oddzielna zgoda i wypełnienie ankiety anestezyjologicznej.

Badania TK wykonywane są z lub bez zastosowania środka kontrastowego. O jego podaniu decyduje lekarz radiolog. Środek kontrastowy jest najczęściej podawany dożylnie, wówczas w celu jego podania konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu). Czasami środek kontrastowy jest podawany doustnie lub do innych przestrzeni ciała (np. doodbytniczo, do przetok).

W naszej pracowni stosujemy wyłącznie środki kontrastujące charakteryzujące się wysokim stopniem bezpieczeństwa i minimalizujące możliwe reakcje niepożądane u badanego pacjenta.

W gabinecie tomografii komputerowej może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic/opiekun (ubrany w fartuch ochronny). Przed badaniem każda osoba towarzysząca musi wypisać oświadczenie, że zgadza się dobrowolnie przebywać w gabinecie tomografii komputerowej podczas wykonywania badania oraz (w przypadku kobiet) że nie są w ciąży. Na każdym etapie badania personel medyczny udziela pełnej informacji medycznej na temat przeprowadzanej procedury

W celu szybkiej interwencji na późne reakcje alergiczne po podaniu kontrastu, każdy pacjent jest poddany 30-minutowej obserwacji. W trakcie trwania tego czasu pozostaje on na terenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej

### 2. Możliwe powikłania

#### 2.1. Skutki bliskie i odległe narażenia na promieniowanie rentgenowskie

Badanie za pomocą tomografii komputerowej wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie co powoduje napromieniowanie Pacjenta w czasie badania. Dawki promieniowania jakie pacjent otrzymuje podczas badania są bezpieczne, dopuszczalne w celach diagnostycznych i nie zagrażają bezpośrednio jego życiu. Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny - skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe –jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź Pacjent był leczony napromieniowaniem –należy ten fakt zgłosić personelowi medycznemu.

#### **Przeciwwskazania do wykonania badania TK:**

- ciąża (ze względu na szkodliwy wpływ promieniowania rentgenowskiego na rozwój płodu i możliwość wystąpienia wad rozwojowych płodu i dziecka po urodzeniu.) Badania u kobiety ciężarnej mogą być wykonane tylko w stanie zagrożenia zdrowia lub życia matki, za jej wiedzą i świadomą zgodą, oraz przy przekazaniu matce pełnej informacji medycznej o możliwych do wystąpienia powikłaniach dla płodu i dziecka.
- zespoły związane z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej (np.:zesp. Nijmegen,

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta:

(ataksja teleangiektazja inne)

### 2.2. Powikłania związane z podaniem jodowego środka kontrastowego

miejscowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. odczyny skórne, ból, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie, obrzęk, sinica, stan zapalny)

- ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy np.:
  - ogólne (np. złe samopoczucie, uderzenia gorąca, zwiększona potliwość, bóle i zawroty głowy, łzawienie oczu, nudności, wymioty, bóle brzucha)
  - zaburzenia kardiologiczne - arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi;
  - zaburzenia oddechowe - duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli; obrzęk języka
  - zaburzenia neurologiczne - zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności;
  - mieszane - zatrzymanie krążenia i oddychania

Szczególne znaczenie mają powikłania nerkowe, ponieważ jodowe środki kontrastujące mogą powodować zarówno u osób chorych na nerki, jak i u osób zdrowych zaburzenia funkcji nerek w postaci ostrej niewydolności nerek lub tzw. nefropatii pokontrastowej. W celu minimalizacji ryzyka powikłań nerkowych, przed podjęciem decyzji o podaniu i dawce środka kontrastującego, konieczna jest ocena czynności nerek (poziom kreatyniny w surowicy krwi i/lub eGFR).

Powikłania mogą mieć charakter lekki, średni i ciężki, do zatrzymania krążenia i oddychania włącznie. Powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po dożylnym podaniu środka kontrastowego) lub późne (niewydolność nerek, nefropatia pokontrastowa)

### 2.3. powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę

- uszkodzenie naczynia krwionośnego,
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego,
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę,
- zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta:

### IV. ANKIETA PACJENTA (wypełnia przedstawiciel ustawowy pacjenta)

W trosce o bezpieczny przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na następujące pytania poprzez wstawienie znaku **X** w odpowiednim polu.

Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią					
1. Czy pacjentka jest w ciąży lub podejrzewa, że może w niej być?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
2. Czy pacjentka karmi piersią?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania TK					
3. Czy pacjent miał wcześniej wykonywane badanie z użyciem środka kontrastowego?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
4. Jeśli tak, to czy po jego podaniu wystąpiły powikłania?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Jeśli tak, proszę podać jakie powikłania wystąpiły:					
5. Czy u Pacjenta występują jakiegokolwiek uczulenia, jakie? w szczególności na jod?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
6. Czy pacjent choruje na:					
Astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Cukrzycę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek, inną chorobę nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Dnę moczanową	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność/Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Szpiczaka mnogiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Chorobę z autoagresji (np. RZS, toczeń układowy, łuszczycę)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Nużliwość mięśni (miasthenia gravis)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Chorobę serca (np.: nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Chorobę układu nerwowego (np. udar, padaczkę, utraty przytomności)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

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

Brak pytań

.....  
 Data

.....  
 Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

.....  
 Czytelny podpis pacjenta, jeżeli ukończył 16 lat

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta:

### V. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłam przedstawicielowi ustawowemu pacjenta/pacjentowi sposób przeprowadzenia planowanego badania oraz poinformowałam go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania. Stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonania Tomografii Komputerowej.

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### VI. OŚWIADCZENIE -ŚWIADOMA ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Oświadczam, że:

- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego, badań oraz przebytych chorób.
- Otrzymałam pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem tomografii komputerowej, w tym z podaniem środka kontrastującego, z którą zapoznałam się i którą zrozumiałam.
- Miałam możliwość rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o istocie choroby dziecka oraz zleconym badaniu diagnostycznym.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem:

- jakie są przeciwwskazania do przeprowadzenia badania jak również przeciwwskazania do podania środka kontrastującego oraz dające się przewidzieć następstwa i powikłania oraz odległe skutki zastosowania procedur.
- że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany sposobu postępowania.
- że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywanej procedury i są niemożliwe do przewidzenia.

Jestem świadomy, że mogę nie wyrazić zgody na wykonanie badania, rozumiem, że niewykonanie badania może utrudnić lub uniemożliwić diagnostykę.

Jestem świadomy, że mogę nie wyrazić zgody na podanie środka kontrastującego i że brak zgody na podanie środka kontrastującego może spowodować ograniczoną wartość diagnostyczną badania.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat zleconego badania diagnostycznego, w związku z tym:

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie  
WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie Tomografii Komputerowej**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie  
WYRAŻAM ZGODĘ na podanie jodowego środka kontrastowego do badania Tomografii Komputerowej**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta:

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie  
NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie Tomografii Komputerowej**

Uzasadnienie przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....  
.....

**Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia mojego dziecka/podopiecznego.**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie  
NIE WYRAŻAM zgody na podanie jodowego środka kontrastowego do badania Tomografii Komputerowej**

Uzasadnienie przez przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....  
.....

**Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia mojego dziecka/podopiecznego.**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

### VII. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż) procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza