

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY UROGRAFIA

### I. DANE PACJENTA

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

### II. INFORMACJA O BADANIU

#### Szanowni Państwo,

Wykonanie badania urografii, jak również podanie środka kontrastującego wymaga Państwa zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o sposobie wykonania badania, przygotowaniu i ryzyku związanym z jego wykonaniem.

#### 1. Opis badania

Badanie urografii jest badaniem rentgenowskim z dożylnym podaniem środka kontrastowego. W celu dokładnej oceny fizjologii i budowy układu moczowego ważne jest to, aby pacjent był dokładnie przygotowany do badania. Przygotowania do badania należy rozpocząć z trzydniowym wyprzedzeniem.

Do badania urografii pacjent powinien:

- 72 godziny przed badaniem – wypić nie mniej niż 3 litry płynów;
- 48 godzin przed badaniem – stosować dietę ubogoresztkową, np. ryż makaron, rosół, zupy chleb, mięso i ryby gotowane, jajka gotowane na twardo;
- unikać spożywania produktów ciężkostrawnych i bogatych w błonnik, sałatek, warzyw, owoców, mięsa i ryb z sosami, kielbasy, mleka, tłuszczów, ciemnego pieczywa, ani pić soków i napojów gazowanych;
- w dniu poprzedzającym badanie – stosować dieta płynna: woda niegazowana, przecedzony bulion, galaretki owocowe, słaba herbata bez cukru. Przyjąć espumisan 3 x dziennie po 2 kapsułki;
- w dniu badania - pozostać na czczo. Nie palić papierosów, nie żuć gumy. Może wypić słabą herbatę bez cukru i przyjąć wszystkie leki przyjmowane na stałe;
- pacjentom z zaparciami zaleca się na 48 godzin przed badaniem podać środek przeczyszczający, ale ściśle wg. zaleceń lekarza: Bisacodyl, Alax, Sir Lactulosum, Xenna Extra, Regulax (do ssania).
- 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;

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY UROGRAFIA

### Imię i nazwisko pacjenta:

- dzieci poniżej 2 roku życia powinny być na czczo (3 godz.), osoba towarzysząca dziecku musi przynieść butelkę z glukozą w ilości odpowiadającej jednemu posiłkowi (u niemowląt urografię wykonuje się metodą Matthei).

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

- aktualny wynik kreatyniny;
- książeczkę zdrowia dziecka lub kartę badań radiologicznych – pacjenci poniżej 16 roku życia;
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z rodzicem lub opiekunem prawnym;
- osoby z rozpoznanymi chorobami tarczycy – aktualne wyniki TSH, fT3, fT4.

### Opis przebiegu badania:

Badanie urografii wykonuje się w celu oceny czynności wydzielniczej nerek oraz oceny obrazu morfologicznego dróg odprowadzających mocz. Badanie wymaga dożylnego podania środka kontrastującego. W celu jego podania konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu). Po jego podaniu wykonuje się zdjęcia rentgenowskie (jamy brzusznej na leżąco), w różnych odstępach czasu.

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

Pacjent/opiekun ma prawo nie wyrazić zgody na podanie środka kontrastowego, jednak w takiej sytuacji będzie to jednoznaczne z rezygnacją z badania.

Po badaniu wskazane jest spożycie większej niż zwykle ilości płynów.

W gabinecie rentgenowskim 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 rentgenowskim podczas wykonywania zdjęć oraz (w przypadku kobiet) że nie są w ciąży. Na każdym etapie badania personel medyczny udziela pełnej informacji medycznej na temat przeprowadzanej procedury.

## 2. Możliwe powikłania

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

Badanie urografii 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.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania urografii jest ciąża.

### 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)

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY UROGRAFIA

### Imię i nazwisko pacjenta:

- 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 UROGRAFIA

Imię i nazwisko pacjenta:

### III. ANKIETA PACJENTA (wypełnia przedstawiciel ustawy 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 UROGRAFIA

Imię i nazwisko pacjenta:

### IV. OŚWIADCZENIE LEKARZA

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

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### V. OŚWIADCZENIE -ŚWIADOMA ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**Oświadczam, że:**

- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego, badań oraz przebytych chorób.
- otrzymałem pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłań w związku z badaniem urografii, w tym z podaniem środka kontrastującego, z którą zapoznałem się i którą zrozumiałem.
- Miałem 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 świadoma/y**, że mogę nie wyrazić zgody na wykonanie badania, rozumiem, że niewykonanie badania może utrudnić lub uniemożliwić diagnostykę.

**Jestem świadoma/y**, że mogę nie wyrazić zgody na podanie środka kontrastującego i że brak zgody na podanie środka kontrastującego jest jednoznaczny z brakiem zgody na wykonanie 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 Urografii**

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 UROGRAFIA

Imię i nazwisko pacjenta:

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

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

### VI. 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