Załącznik nr 1b

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku

REGON 000300050 NIP 6681580495
nr ks. rej.: 0000007218
62 – 700 Turek, ul. Poduchowne 1
Pracownia Tomografii Komputerowej
tel. (63) 280 55 87

SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Pieczątka jednostki kierującej/ Badanie płatne:	Data wpływu skierowania: Pieczątka i podpis osoby rejestrującej: Wyznaczona data badania:

Nazwisko i imię pacjenta (DRUKIEM):			PESEL Data urodzenia:
Adres pacjenta:			Telefon (nie dotyczy pacjentów hospitalizowanych):
Ciężar ciała:	Poziom kreatyniny, GFR	Rodzaj badania:	**Znieczulenie ogólne:** ☐ **NIE** ☐ **TAK**
Rozpoznanie kliniczne:			
Rodzaj i cel badania:		**Badany narząd/obszar ciała:**	
Badanie: ❑ **pierwsze** ❑ **kontrolne:** data poprzedniego badania……..		Data wystawienia skierowania:	Pieczątka i podpis lekarza kierującego:

W dniu badania dostarczyć wyniki wykonanych wcześniej badań obrazowych np.TK, RM, RTG,USG oraz karty informacyjne leczenia szpitalnego.

Uwaga: OŚWIADCZENIE PACJENTKI W WIEKU ROZRODCZYM SKŁADANE W DNIU BADANIA !
CIĄŻA LUB JEJ PRAWDOPODOBIEŃSTWO WYKLUCZAJĄ WYKONANIE BADANIA Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO.
Oświadczam, że nie jestem w ciąży i nie zachodzi jej prawdopodobieństwo w dniu badania.

…… …… ……
podpis (imię i nazwisko) opiekuna ustawowego/ prawnego | data | podpis (imię i nazwisko) pacjentki od 16 rż.

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Tomografia komputerowa jest radiologicznym badaniem diagnostycznym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, bez lub z zastosowaniem środka kontrastowego.
2. **W przypadku badań z kontrastem pacjent powinien być na czczo, minimum 4-5 godzin po spożyciu lekkiego posiłku. Dopuszcza się przyjmowanie do 2 godzin przed badaniem niegazowanych klarownych płynów: woda, słodka herbata, sok jabłkowy. Zalecane jest wypicie do 1000 ml wody niegazowanej wieczorem, przed dniem badania.**
3. **Każdy pacjent dostarcza aktualny wynik poziomu GFR w surowicy krwi (data badania maks. 7 dni przed badaniem TK).**
4. Leki przyjmowane na stałe należy zażyć zgodnie z zaleceniami.
5. **UWAGA!** Konsultacji z lekarzem rodzinnym lub specjalistą wymagają pacjenci przyjmujący niektóre leki p/cukrzycowe, ze schorzeniami nerek i tarczycy. **Pacjent z nadczynnością tarczycy, niewydolnością nerek i przyjmujący leki przeciwcukrzycowe** dostarcza pisemną zgodę lekarza na podanie kontrastu, wystawioną maksymalnie 30 dni przed badaniem.
6. Pacjent chory na astmę zgłasza się na badanie z przyjmowanymi lekami wziewnymi.
7. W dniu badania pacjent zgłasza się z osobą towarzyszącą na 30 minut przed wyznaczoną godziną – **do Rejestracji Pracowni Tomografii Komputerowej.** Po badaniu pacjent pozostaje pod obserwacją personelu przynajmniej 30 minut i za zgodą personelu opuszcza Pracownię z osobą towarzyszącą .
8. Przez dobę po badaniu należy dbać o odpowiednie nawodnienie organizmu w celu wydalenia środka kontrastowego.
9. Oryginał Skierowania należy dostarczyć osobiście / za pośrednictwem osoby trzeciej / listownie, do **Rejestracji , Pracownii Tomografii Komputerowej** gdzie zostanie wyznaczona data i godzina badania.
   Informacja telefoniczna 63 280 55 87.
10. **Wynik badania do obioru w Rejestracji Pracownii Tomografii Komputerowej osobiście lub przez osobę pisemnie upoważnioną. Wzór upoważnienia dostępny w rejestracji Pracownii Tomografii Komputerowej.**

Reakcje niepożądane i możliwe powikłania związane z podaniem kontrastu:
Uczucie ciepła, metaliczny smak w ustach, zawroty głowy, nudności, wymioty, świąd, pokrzywka, obrzęki, skurcz oskrzeli, spadek RR. Bardzo rzadko: drgawki, wstrząs, zatrzymanie akcji serca.

Ankieta dotycząca przeciwwskazań do podania środka kontrastowego.	**TAK**	**NIE**
Czy kiedykolwiek wykonano u Pani/Pana badanie z użyciem jodowego środka cieniującego (kontrastu)?		
Jeżeli tak, to czy wystąpiły reakcje niepożądane? Jakie?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na astmę, alergie?		
Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne? Jakie?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na schorzenia tarczycy?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na cukrzycę?		
Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nerek, białkomocz, dnę moczanową, niewydolność nerek?		
Czy występują u Pani/Pana inne choroby: szpiczak mnogi, choroby nowotworowe, jaskra?		
Czy jest lub istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży?		

Zgoda na wykonanie badania TK obszaru ciała wskazanego na skierowaniu, z podaniem kontrastu (jeżeli wskazane)

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym. Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały. Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych. Znane mi są możliwe powikłania związane z badaniem i podaniem środka kontrastowego.

Świadomie **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM* zgodę** na wykonanie badania.

*właściwe podkreślić

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM* zgodę na podanie kontrastu.

.....	.....	.....
podpis (imię i nazwisko) opiekuna ustawowego/ prawnego	*data*	*podpis (imię i nazwisko) pacjenta od 16 roku życia*

Data..... **Pieczątka i podpis lekarza** .....

WYPEŁNIA PERSONEL TK

Radiolog:	Technik:	Kontrast (lek, dawka,)	Pieczątka i podpis lekarza zlecającego:	Pieczątka i podpis pielęgniarki wykonującej zlecenie: