

Wypełnia personel TK

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

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)
Pracownia Tomografii Komputerowej
Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku
Tel. 15 841 67 29

Oznaczenie podmiotu kierującego:

1) Nazwa i adres podmiotu:

2) kod identyfikacyjny:
(kod resortowy)

Rodzaj badania:

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

Waga pacjenta:kg Pacjent chodzący/leżący* Badanie pierwsze/kolejne*

Wyniki badania przekazać:

Kontakt telefoniczny / email:

Kategoria medyczna określona przez lekarza kierującego:

Przypadek stabilny (3-8tyg.) [] przypadek pilny (1-3 tyg.) [] tryb nagły []

Rozpoznanie:

kod (ICD10)

Cel badania (uzasadnienie):

Wywiad:

Choroby przebyte:

Badanie przedmiotowe:

Zabiegi operacyjne, radioterapia:

Badania dotychczas wykonane (dołączyć opisy i obrazy: płyty CD-R, zdjęcia) koniecznie!

Leczenie energią promieniowania jonizującego (kiedy, dawka):

Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):

Tolerancja wodnych środków kontrastowych:

W przypadku badania z podaniem środka kontrastowego pacjent winien posiadać wynik badania **eGFR**.

Pacjenci z nadczynnością tarczycy konieczny wynik badania **TSH**.

Szczególne ostrożności należy zachować w przypadku pacjentów z niewydolnością nerek. Prosimy o zapoznanie się z informacjami dotyczącymi środków kontrastowych bądź skontaktowanie się z personelem Pracowni.

Inne dane (uznane przez kierującego za istotne):

.....
(miejsowość, data skierowania)

.....
(podpis lekarza kierującego)

Tylko **kompletne i czytelnie wypełnione** skierowania z dołączoną dokumentacją będą przyjmowane. Ostateczną decyzję celowości badania podejmuje wykonujący je lekarz.

Do badania pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 5 godzin bez przyjmowania pokarmów).

Badania TK u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1-10 dniu cyklu.

Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania.

W przypadku zażywania stałych leków należy przyjąć je normalnie. W przypadku niektórych badań konieczne jest dożylne ew. doustne podanie środka cieniującego. Pacjenci w stanie ciężkim winni posiadać pampersy.

*) *niewłaściwe skreślić*

Informacja dla pacjenta

1. Tomografia komputerowa jest rentgenowską metodą badania. Przy kierowaniu na badanie prosimy rozważyć ewentualne ryzyko związane z działaniem promieniowania jonizującego (dotyczy szczególnie dzieci oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych).
2. Przygotowanie do TK:
Pacjent powinien zgłosić się na badanie na czczo (co najmniej 6 godzin).
W przypadku badania jamy brzusznej warunki diagnostyczne można polepszyć, jeśli jelito jest opróżnione.
Dlatego na 24 godziny przed badaniem pożywienie musi być skąpe i musi zawierać mało składników nie ulegających strawieniu. W przeddzień badania po godz. 18 chory nie powinien już nic jeść.
U osesków i małych dzieci zabronione jest dłuższe pozbawienie pożywienia.
3. Ze względu na podawanie środka cieniującego dożylnie, co stanowi część badania, prosimy o zabezpieczenie drożnej drogi dożylnej (venflon) u pacjentów szpitalnych.
4. Jeśli badany jest chory na cukrzycę to jest rejestrowany na godziny poranne (7.00- 8.00). Na badanie pacjent przychodzi na czczo z insuliną i pierwszym śniadaniem.
5. Matki karmiące po podaniu środka kontrastującego nie mogą karmić piersią minimum 24 godz.
6. Do badania pacjent ubiera się w lekki, wygodny ubiór. Przed badaniem powinien zdjąć spinki do włosów, kolczyki, inną biżuterię oraz protezy zębowe.

Kwestionariusz medyczny

przed wykonaniem badania Tomografii Komputerowej

Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie ankiety. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA		
PESEL.....	KREATYNINA.....umol/l TSH..... eGFR.....	WAGA ok.kg

I. WYWIAD

Proszę wypełnić:

1. Czy choruje Pan/Pani na serce lub na jakiegokolwiek dolegliwości (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie)? TAK NIE
2. Czy chorował Pan/chorowała Pani lub choruje na płuca (zapalenie płuc, częste zapalenia oskrzeli, astma)? TAK NIE
3. Czy jest Pan/Pani uczulona (leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne)? TAK NIE
4. Czy chorował Pan / chorowała Pani na choroby układu nerwowego (ból głowy, utrata przytomności, padaczka)? TAK NIE
5. Czy choruje Pan/Pani na wątrobę lub nerki (żółtaczka, kamica)? TAK NIE
6. Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne (niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne) TAK NIE
7. Czy choruje Pan/Pani na inne niewymienione choroby? TAK NIE
Jakie?
8. Czy miał Pan / miała Pani podawane środki kontrastowe? TAK NIE
9. Czy po podaniu ich wystąpiły jakiegokolwiek powikłania?
10. Czy przyjmował Pan / przyjmowała Pani ostatnio lub obecnie jakieś leki? (zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne) TAK NIE
11. Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych lub protez zębowych TAK NIE
12. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK NIE
13. Czy jest Pani lub podejrzewa, że jest w ciąży? TAK NIE
14. Czy było wykonane badanie diagnostyczne (RTG, USG, TK, MR)? TAK NIE
Jakie, kiedy?.....

II. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że miałem/miałam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji na co miałem/miałam wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/zataiłam żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich pięciu godzin przed badaniem nie przyjmowałem/ nie przyjmowałam żadnych pokarmów ani płynów oraz nie paliłem/paliłam papierosów.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazania do badania).

Oświadczam, że jestem poinformowany/poinformowana o całkowitych kosztach badania.

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/u mojego dziecka badania Tomografii Komputerowej w Pracowni Diagnostyki Obrazowej w Powiatowym Szpitalu im. PCK w Nisku zgodnie ze skierowaniem, jak również wyrażam zgodę na podanie środka cieniującego.

.....
czytelny podpis pacjenta*

Pacjent niezdolny do wyrażenia świadomej zgody:

Nisko

¹ *w imieniu dziecka, które nie ukończyło 18 lat zgodę podpisują rodzice