

**RODAMED**Centrum Diagnostyki Obrazowej i
Lekarzy SpecjalistówZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

data badania: / / 20.....r.

pieczęć zakładu:

I Informacja o Pacjencie

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
RODZAJ BADANIA TK	

II Oświadczenie Pacjenta o stanie zdrowia przed wykonaniem badania tomografii komputerowej

Waga ciała: kg		
INFORMACJE DOTYCZĄCE CIĄŻY I KARMIENTA PIERSIĄ	Tak	Nie	
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy karmi Pani piersią?			
ISTOTNE DANE MEDYCZNE PRZED WYKONANIEM BADANIA TK Z UŻYCIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO	Tak	Nie	
Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne?			
CZY ZDIAGNOZOWANO U PANA/PANI:	Tak	Nie	
Astmę oskrzelową/POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)			
Niewydolność nerek (inną chorobę nerek, jaką?			
Nadczynność/Niedoczynność tarczycy?			
Wole toksyczne tarczycy			
Chorobę z autoagresji (np.: RZS, toczeń układowy, łuszczycę)			
Chorobę serca (np. nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca)			
CUKRZYCĘ (jeśli tak, jakie leki?			
Dnę moczanową			
Szpiczaka mnogiego			
Nużliwość mięśni (miasthenia gravis)			
Chorobę układu nerwowego (np.: udar, padaczkę, utratę przytomności)			
Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek uczulenia, jakie? W szczególności na jod?			
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie?			
Informacje dodatkowe:	NFZ	Tak	Nie
Zostałem/am poinformowany/a o ew. kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia.			

Tak	Nie

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am informacje ogólne o badaniu TK oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego. Zostałem/am pouczony/a o możliwych do wystąpienia powikłaniach badania tomografii komputerowej, skutkach ubocznych w związku z działaniem promieniowania rentgenowskiego i powikłaniach podania jodowego środka kontrastującego, jak również pouczono mnie o ograniczonej wartości diagnostycznej badania tomografii komputerowej w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem jodowego środka kontrastowego. Mogłem/am wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości, pouczenie personelu medycznego zrozumiałem/am, nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje, są one zgodne ze stanem faktycznym.

Tak	Nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby badania tomografii komputerowej (TK) przez RODAMED Sp. z o.o. ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Świadomie wyrażam zgodę na:

Tak	Nie

Przeprowadzenie badania tomografii komputerowej

Tak	Nie

Podanie jodowego środka kontrastowego do badania tomografii komputerowej

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w ciągu 6 godzin przed badaniem Tomografii Komputerowej z podaniem środka kontrastującego nie przyjmowałem/am pokarmów.

(data i podpis pracownika przyjmującego ankietę)	(data i podpis Pacjenta / opiekuna prawnego / lub przedstawiciela ustawowego, w przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

ADNOTACJA PIELEŃNIARKI I LEKARZA PROWADZĄCEGO:

Badanie:

Rodzaj, dawka i seria kontrastu:

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza prowadzącego

OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH I ZASTOSOWANE LECZENIE:

Objawy:

Zastosowane leki i dawki:

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza prowadzącego