



TMS Diagnostyka Sp. z o. o.  
Centrum Medyczne  
15-732 Białystok, ul. Choroszczańska 31  
Tel. + 48 662 066 600, kontakt@tmsdiagnostyka.pl

Imię i Nazwisko:

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rodzaj badania:

## I. ANKIETA PACJENTA/PACJENTKI PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

|                                                                                                                                                                                   | WAGA: | TAK | NIE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|
| Czy miała Pani/miał Pan badanie diagnostyczne z podaniem jodowego środka kontrastowego?                                                                                           |       |     |     |
| Czy wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne/powikłania po podaniu środka kontrastowego lub leków?<br><i>Jeśli tak, proszę podać, jakie reakcje:</i>                              |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana chorobę serca? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie, niewydolność krążenia). <i>Jeśli tak proszę podkreślić/podać, jaką:</i> |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana astmę oskrzelową?                                                                                                                                      |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana choroby układu nerwowego? (utrata przytomności, udar, padaczka).<br><i>Jeśli tak proszę podkreślić/podać, jakie:</i>                                   |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana chorobę nerek? (niewydolność nerek, dna moczanowa, kamica).<br><i>Jeśli tak proszę podkreślić/podać, jaką:</i>                                         |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? (nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne).<br><i>Jeśli tak proszę podkreślić/podać, jakie:</i>                    |       |     |     |
| Czy rozpoznano u Pani/Pana szpiczaka mnogiego?                                                                                                                                    |       |     |     |
| Czy używa Pani/Pan protez zębowych?                                                                                                                                               |       |     |     |
| Czy była Pani/był Pan poddany operacji?<br><i>Jeśli tak, proszę podać dalsze informacje:</i>                                                                                      |       |     |     |
| <b>Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania tomografii komputerowej jest ciąża</b>                                                                                      |       |     |     |
| Czy jest Pani w ciąży?                                                                                                                                                            |       |     |     |
| Czy karmi Pani piersią?                                                                                                                                                           |       |     |     |
| <b>Wypełnia Pielęgniarka</b>                                                                                                                                                      |       |     |     |
| Ostatni pomiar stężenia kreatyniny i eGFR w surowicy krwi. Wartość..... Data .....                                                                                                |       |     |     |
| Ilość podanego środka kontrastowego.....                                                                                                                                          |       |     |     |
| Uwagi Lekarz, pielęgniarka, technik:                                                                                                                                              |       |     |     |

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

**Niniejszym oświadczam, że treść ankiety i punktu II. informacja o badaniu jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone w ankiecie odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem tomografii komputerowej poniosę osobiście.**

**Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy możliwych powikłań związanych z badaniem tomografii komputerowej, skutków ubocznych działania promieniowania rentgenowskiego oraz reakcji niepożądanych po podaniu środka kontrastowego lub przy założeniu wenflonu i wynacznieniu środka, jak również ograniczonej wartości diagnostycznej badania tomografii komputerowej w razie niewyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.**

**Oświadczam, że wszelkiego rodzaju wątpliwości zostały mi w sposób zrozumiały objaśnione przez personel medyczny.**

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej.

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej z podaniem jodowego środka kontrastowego.

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis pielęgniarki

.....  
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

**Verte**

## II. INFORMACJA O BADANIU

**Tomografia komputerowa** jest badaniem, podczas którego wykorzystywane jest promieniowanie rentgenowskie. Pochłonięte dawki promieniowania są różne w zależności od rodzaju badania (zawsze dopuszczalne dla diagnostyki), a skumulowane mogą mieć działanie szkodliwe. Dzieci i osoby w okresie dojrzewania są bardziej wrażliwe na działanie promieniowania rentgenowskiego, dlatego należy zawsze wpisywać wykonane badanie do Książeczki Zdrowia.

**Tomografia komputerowa z podaniem środka kontrastowego** jest badaniem, podczas którego lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie skierowania, wywiadu z pacjentem, a także oceny pierwszej fazy badania (bez kontrastu) decyduje o podaniu środka kontrastowego.

Szczegóły dotyczące przygotowania do badania i przeciwwskazania znajdują się na stronie internetowej [www.tmsdiagnostyka.pl](http://www.tmsdiagnostyka.pl) oraz na ulotce w Centrum Medycznym.

### Uwaga

Pacjenci nie powinni przerywać przyjmowania stałych leków. Pacjenci przychodząc na badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego, powinni posiadać ze sobą aktualny wynik badania poziomu kreatyniny i GFR. Ważność wyniku badania poziomu kreatyniny ustala się na 3 miesiące. Pacjent z nadczynnością tarczycy powinien zgłosić się z wynikiem TSH, ważność wyniku 2 tygodnie.

### Ryzyko reakcji niepożądanego po podaniu radiologicznych środków kontrastowych

Środki kontrastowe mogą wywoływać działania niepożądane, zgodnie z wytycznymi ESUR (European Society of Urogenital Radiology 10.0)

### OGÓLNE REAKCJE NIEPOŻĄDANE

1. OSTRE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która występuje w ciągu 1 godziny od wstrzyknięcia środka kontrastowego

#### Klasyfikacja:

- Reakcje ostre to alergopodobne reakcje nadwrażliwości: **Łagodne:** łagodna pokrzywka, łagodny świąd, rumień. **Umiarkowane:** nasilona pokrzywka, łagodny skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani. **Ciężkie:** wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie akcji serca.
- Reakcje chemotoksyczne: **Łagodne:** nudności/łagodne wymioty, uczucie gorąca/dreszcze, niepokój, zwolnienie czynności serca i spadek ciśnienia tętniczego krwi, która ustępuje samoistnie. **Umiarkowane:** zwolnienie czynności serca i spadek ciśnienia tętniczego krwi. **Ciężkie:** zaburzenia rytmu serca, drgawki.

Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanego zwiększa się w następujących sytuacjach: uczulenie na jod, powikłania po dożylnym podaniu środka kontrastowego w przeszłości, astma, niewydolność układu krążenia i układu oddechowego, odwodnienie, niewydolność nerek, cukrzyca, niewydolność wątroby, wiek powyżej 65 lat, dzieci do lat 10, anemia sierpowata, hipowolemia, zaburzenia wodno – elektrolitowe.

2. OPÓŹNIONE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która występuje w przedziale czasowym od 1 godziny do 1 tygodnia po wstrzyknięciu środka kontrastowego - reakcje skórne. Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanego zwiększa się podczas leczenia interleukiną 2.

3. BARDZO PÓŹNE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która zazwyczaj występuje później niż 1 tydzień po wstrzyknięciu środka kontrastowego - nadczynność tarczycy. Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanego zwiększa się u pacjentów z nieleczoną chorobą Gravesa Basedowa, z wolem wieloguzkowym i autonomią tarczycy, zwłaszcza, gdy są w podeszłym wieku i/lub zamieszkują w regionie, gdzie występuje niedobór jodu w diecie.

**Nadczynność tarczycy nie leczona farmakologicznie jest przeciwwskazaniem do podania jodowego środka kontrastującego, wymagana jest konsultacja z endokrynologiem. Leczenie jodem radioaktywnym wyklucza podanie kontrastu jodowego podczas badania TK.**

Każdy pacjent kierowany na badanie TK z podaniem dożylnego środka kontrastowego powinien być oceniony przez lekarza kierującego pod kątem ryzyka wystąpienia nefropatii/nerkopochodnego włóknienia układowego.

Czynność nerek jest określana na podstawie wartości eGFR lub poziomu kreatyniny. Przeciwwskazaniem do badania w warunkach ambulatoryjnych u chorych niedializowanych jest eGFR poniżej 30ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, eGFR pomiędzy 30 – 60 ml/min jest względnym przeciwwskazaniem do dożylnego podania kontrastu.

### POSTĘPOWANIE U PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ I LECZONYCH METFORMINĄ

W przypadku eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, pacjent nie powinien być leczony metforminą. W przypadku (eGFR > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) pacjent leczony metforminą, bez istotnego uszkodzenia funkcji nerek nie powinien odstawiać metforminy przed wykonaniem badania z podaniem środka kontrastowego.

### REAKCJE NIEPOŻĄDANE PRZY ZAŁOŻENIU WENFLONU I WYNACZYNIENIU ŚRODKA KONTRASTOWEGO

1. Uszkodzenie naczynia krwionośnego, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego, lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę. Większość uszkodzeń ma charakter łagodny.

2. Ciężkie uszkodzenia obejmują owrzodzenia skóry, martwicę tkanek miękkich i zespół ciasnoty przedziałów powięziowych.

Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanego zwiększa się w następujących sytuacjach: brak możliwości komunikowania się, delikatne lub uszkodzone żyły, niewydolność tętnic, zaburzenia drenażu limfatycznego i/lub żylnego, cukrzyca, otyłość.

***Zawsze o objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.***

## Upoważniam do odbioru wyniku badań

Panią/Pana

Nr dokumentu tożsamości:

.....  
**Czytelny podpis pacjenta**