



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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WAGA:

**ANKIETA PACJENTA/PACJENTKI PRZED BADANIEM
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ- KARDIO**

	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pani/Pan leki kardiologiczne?		
Czy jest Pani/Pan po operacji wszczepienia by-pass (bajpasów)?		
Czy jest Pani/Pan po operacji wszczepienia stentów?		
Czy w dniu badania spożywała/ł Pani/Pan pokarmy/napoje przyspieszające czynność serca (kawa, herbata, napoje energetyczne)?		
Czy choruje Pani/Pan na astmę?		
Czy w ciągu 24h przyjmowała/ł Pani/Pan leki wspomagające potencję?		
Czy zgadza się Pani/Pan na podanie dożylnie leków w celu obniżenia rytmu serca, o ile będzie to konieczne?		
Czy choruje Pani/pan na jaskrę?		
Czy zgadza się Pani/Pan na podanie podjęzykowo leku (Nitromint) w celu dokładniejszej oceny tętnic wieńcowych, o ile będzie to konieczne?		
Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania tomografii komputerowej jest ciąża		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Wypełnia Pielęgniarka		
Ilość podanego B-blokera.....		
Uwagi lekarz, pielęgniarka, technik:		

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

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

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis pielęgniarki

.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna