

ANKIETA PRZED BADANIEM METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Data badania _____

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Waga _____ Tel. kontakt. _____

Adres _____

Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez postawienie znaku „X” w kolumnie z właściwą odpowiedzią (TAK, NIE)	TAK	NIE
Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania metodą tomografii komputerowej. Czy wyklucza Pani ciążę?		
Czy miał Pan/Pani już badanie z podaniem środka kontrastowego? (np. tomografia komputerowa, angiografia)?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiła negatywna reakcja (wysypka, zaczerwienienie, świąd skóry, duszność, kaszel, itp.)?		
Czy występowały u Pana/i reakcje uczuleniowe jak wyżej na leki lub pokarmy? Jeśli tak, to na jakie leki _____		
Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową w fazie aktywnej? (przyjmuje leki przeciwastmatyczne lub w niedawnej przeszłości występowały napady astmatyczne?)		
Czy choruje Pan/i na nadczynność tarczycy w fazie czynnej? (choroba nie jest leczona lub mimo leczenia jest trudna do ustabilizowania)		
Czy choruje Pan/i na szpiczaka mnogiego?		
Czy choruje Pan/i na cukrzycę leczoną metforminą?		
Jeżeli tak , to czy odstawił Pan/i metforminę na 24 godziny przed badaniem?		
Czy karmi Pani piersią? Jeżeli tak, przez 24 godziny po badaniu TK z kontrastem zaleca się odstawienie dziecka od piersi i odciąganie pokarmu.		
Skąd uzyskał Pan/i informację o Pracowni Tomografii Komputerowej SALUS: <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> strona www SALUS-a <input type="checkbox"/> przychodnia SALUS <input type="checkbox"/> inne		

Proszę dołączyć wynik badania krwi z poziomem kreatyniny i/lub współczynnikiem GFR.

Data Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

Pracownia Tomografii Komputerowej SALUS

76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

Zgoda na wykonanie badania TK

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone 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 w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Wyrażam zgodę na badanie tomografii komputerowej i dożylnie podanie środka kontrastowego.

Data podpis pacjenta/opiekuna prawnego

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj. zł, zgodnie z cennikiem Centrum Zdrowia SALUS.

W sytuacji, gdy pomimo wcześniejszego wyrażenia zgody na badanie, zrezygnuję z badania, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanego środka kontrastowego.

Data podpis pacjenta/opiekuna prawnego

*Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8.
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.*

Pracownia Tomografii Komputerowej SALUS

76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl