

АНКЕТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ
ANKIETA PRZED BADANIEM METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Просимо Вас заповнити анкету. Вся медична інформація є лікарською таємницею і не використовуватиметься з будь-якою немедичною метою.

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

Прізвище.....Імена.....Терези.....

PESEL

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

Адреса.....

Номер телефону для отримання результатів.....

Я заявляю, що мене поінформували про те, що результати можна отримати онлайн на сайті www.zbadani.pl. Мене буде повідомлено текстовим повідомленням на номер, вказаний вище, про те, що результати/опис готові до отримання. Для доступу до результатів потрібен номер PESEL пацієнта та вказаний номер телефону. Я усвідомлюю, що надання неправильного номера завадить доступу до результатів тесту.

Дата підпис пацієнта.....

Будь ласка, заповніть анкету, поставивши "X" в колонці із правильною відповіддю (ТАК, НІ) Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez postawienie znaku „X” w kolumnie z właściwą odpowiedzią (TAK, NIE)	ТАК	НІ
Вагітність є протипоказанням до обстеження за допомогою комп'ютерної томографії. Ви вагітні? Cięża jest przeciwwskazaniem do badania metodą tomografii komputerowej. Czy jest Pani w ciąży?		
Ви вже проходили обстеження із введенням контрастної речовини? (наприклад, комп'ютерна томографія, ангиографія)? Czy miał Pan/Pani już badanie z podaniem środka kontrastowego? (np. tomografia komputerowa, angiografia)?		
Чи була негативна реакція після введення контрастної речовини (висипи, почервоніння, свербіж, задишка, кашель тощо)? Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiła negatywna reakcja (wysypka, zaczerwienienie, świąd skóry, duszność, kaszel, itp.)?		
Чи були у Вас алергічні реакції, як зазначено вище, на ліки або їжу? Якщо так, то на які ліки _____ Czy występowały u Pana/i reakcje uczuleniowe jak wyżej na leki lub pokarmy? Jeśli tak, to na jakie leki		
Ви страждаєте на бронхіальну астму? (Ви приймаєте ліки від астми чи у Вас недавно були напади астми?) Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową w fazie aktywnej? (przyjmuje leki przeciwastmatyczne lub w niedawnej przeszłości występowały napady astmatyczne?)		

Центр комп'ютерної томографії SALUS

76-200 Слупськ, вул. Zielona 8, тел. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

Ви страждаєте від надмірно активної щитовидної залози? (хвороба не лікується або, незважаючи на лікування, її важко стабілізувати) Czy choruje Pan/i na nadczynność tarczycy w fazie czynnej? (choroba nie jest leczona lub mimo leczenia jest trudna do ustabilizowania)		
Чи є у Вас множинна міелома? Czy choruje Pan/i na szpiczaka mnogiego?		
Чи є у Вас діабет, який лікується метформіном? Czy choruje Pan/i na cukrzycę leczoną metforminą?		
Якщо так, чи Ви припинили прийом метформіну за 24 години до обстеження? Jeżeli tak, to czy odstawił Pan/i metforminę na 24 godziny przed badaniem?		
Ви годуєте грудьми? Czy karmi Pani piersią? Якщо так, протягом 24 годин після КТ з контрастом рекомендується не годувати дитину грудьми і зціджувати молоко. Jeżeli tak, przez 24 godziny po badaniu TK z kontrastem zaleca się odstawienie dziecka od piersi i odciąganie pokarmu.		
Звідки Ви дізналися про центр комп'ютерної томографії SALUS: Skąd uzyskał Pan/i informację o Pracowni Tomografii Komputerowej SALUS: ☐ інтернет ☐ ротація ☐ сторінка www SALUS-a ☐ клініка SALUS ☐ інше.....		

Будь ласка, додайте результат аналізу крові з рівнем креатиніну та / або GFR.
 Proszę dołączyć wynik badania krwi z poziomem kreatyniny i/lub współczynnikiem GFR.

Дата Підпис пацієнта / законного опікуна

Згода на проведення КТ-обстеження **Zgoda na wykonanie badania TK**

Цим я заявляю, що зміст анкети мені зрозумілий і що позначені відповіді правдиві. У той же час я підтверджую, що особисто буду нести відповідальність за будь-які наслідки, спричинені наданням неправдивих відповідей або приховуванням важливої інформації, пов'язаної з обстеженням комп'ютерної томографії.

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.

Я заявляю, що не їв / їла протягом останніх 5 годин.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Я даю згоду на обстеження за допомогою комп'ютерної томографії та внутрішньовенне введення контрастної речовини.

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

Дата підпис пацієнта / законного опікуна.....

Центр комп'ютерної томографії SALUS

76-200 Слупськ, вул. Zielona 8, тел. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

У разі приватного обстеження я беру на себе зобов'язання покрити вартість обстеження, тобто..... злотих, згідно з прейскурантом Медичного Центру SALUS.

У ситуації, коли, незважаючи на попередню згоду на обстеження, я відмовляюся від діагностики, я беру на себе зобов'язання покрити витрати на приготувану контрастну речовину.

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.

Дата підпис пацієнта / законного опікуна.....

Адміністратором даних є ТОВ SALUS із зареєстрованим офісом в Слупську за адресою вул. Zielonej 8. Ваші персональні дані оброблятимуться лише з ціллю та в обсязі, необхідному для надання медичних послуг, на основі положень Закону від 29 серпня 1997 року про захист персональних даних (звед. текст 3. В. з 2015 року, п. 2135, із пізн. змінами.).

Надає право отримати доступ до змісту даних та можливість їх виправлення.

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.