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.

Nazwisko ..... Imię .....

PESEL | | | | | | | | | | | Waga ..... Wzrost .....

Adres .....

Nr telefonu do odbioru wyników .....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że odbiór wyników odbywa się on-line pod adresem www.zbadani.pl. O tym, że wynik / opis są już gotowe do odbioru zostanę powiadomiony SMS-em na wskazany powyżej numer, a warunkiem dostępu do wyników jest podanie PESEL-u pacjenta i wskazanego numeru telefonu. Jestem świadomy/a, że podanie błędnego numeru uniemożliwi dostęp do wyników badania.

Data ..... podpis pacjenta .....

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 jest Pani w ciąży?		
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 niedalekiej 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: ☐ Internet ☐ prasa ☐ strona www SALUS-a ☐ przychodnia SALUS ☐ inne		

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

Data ..... podpis pacjenta .....

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 dożylne podanie środka kontrastowego.

Data ..... podpis pacjenta .....

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 .....

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.