



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII I PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Imię i nazwisko:lat:waga:kg

Pesel :

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

Płeć: K / M

Rodzaj badania:.....

Zgłaszane dolegliwości / cel badania

TAK NIE

Czy choruje Pan/ Pani na choroby zakaźne? Jeśli tak to jakie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

.....
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonane badanie TK? Jeśli tak to kiedy?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

.....
Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Czy wystąpiły wtedy powikłania? Jeśli tak to jakie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

.....
Czy cierpi Pan/Pani na uczulenia? Jeśli tak to jakie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

.....
Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne
(np. cukrzyca, nadczynność tarczycy)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

.....
Czy ma Pan/Pani zaplanowane w najbliższym czasie badanie scyntygraficzne tarczycy
lub terapię jodem radioaktywnym?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Inne choroby (w szczególności astma, szpiczak mnogi, choroby układu krążenia, nerek)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Jakie ?.....

Przyjmowane leki:.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------





Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII I PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia.

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

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem przebiegu badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w przebiegu badania oraz po podaniu środka kontrastowego.

Stwierdzam, że uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie związane z badaniem pytania.

Zgadzam się na przeprowadzanie badania. Zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego.

Wieliszew, dnia r.

✓

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

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

Wieliszew, dnia r.

.....
(czytelny podpis)