

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Nazwisko i imię pacjenta		
Pesel	Wzrost	Waga

Proszę o wypełnienie ankiety przez zakreślenie odpowiedzi tak lub nie. Jeśli odpowiedź brzmi **tak** proszę o możliwie dokładny opis problemu na odwrocie karty.

1. Czy chorował/chorowała lub choruje Pan/Pani na płuca? (zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, astma) tak nie
2. Czy choruje Pan/Pani na serce lub ma jakiegokolwiek dolegliwości? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie) tak nie
3. Czy chorował/chorowała Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (ból głowy, utrata przytomności, udar, padaczka, bóle korzonkowe) tak nie
4. Czy jest Pan/Pani uczulony/uczulona? (leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne) tak nie
5. Czy choruje Pan/Pani na wątrobę lub nerki? (żółtaczka, kamica) tak nie
6. Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? (niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, inne) tak nie
7. Czy choruje Pan/Pani na inne niewymienione choroby? tak nie
8. Czy miał/miała Pan/Pani podawane środki kontrastowe? tak nie
8. Czy podaniu środków kontrastowych towarzyszyły jakiegokolwiek powikłania? Jakież? tak nie
9. Czy przyjmował/przyjmowała Pan/Pani ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś leki? (zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne) tak nie
Jakie?
10. Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych lub protez zębowych? tak nie
11. Czy pali Pan/Pani papierosy? tak nie
12. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? tak nie

- Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/u mojego dziecka* badania Tomografii Komputerowej w Pracowni TOMMA Diagnostyka Obrazowa.
- Wyrażam zgodę na podanie u mnie/u mojego dziecka środka kontrastującego.
- Nie wyrażam zgody na podanie środka kontrastującego. Zostałem poinformowany o możliwych medycznych skutkach mojej decyzji.
- Oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.
- Oświadczam, że nie zataiłem/zataiłam żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.
- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 4 godzin przed badaniem nie przyjmowałem/przyjmowałam żadnych pokarmów ani płynów.
- Jestem poinformowany/poinformowana o całkowitych kosztach badania wraz z kontrastem.

Miejscowość	Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego	Data i podpis lekarza
-------------	--	-----------------------

* jeśli pacjent nie ukończył 16 lat rodzic/opiekun prawny podpisuje zgodę w imieniu dziecka.

Nazwisko i imię lekarza wykonującego badanie TK
