

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w poczekalni Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelne wypełnienie ankiety. Podanie przez Pana(nią) informacji pozwoli na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Umiarkowana lub ciężka reakcja na jodowy środek w wywiadzie	Tak	Nie
Uczulenie wymagające leczenia w wywiadzie	Tak	Nie
Astma oskrzelowa w wywiadzie	Tak	Nie
Nadczynność tarczycy	Tak	Nie
Niewydolność serca	Tak	Nie
Cukrzyca	Tak	Nie
Choroba nerek w wywiadzie	Tak	Nie
Operacja nerek w przeszłości	Tak	Nie
Białkomocz w wywiadzie	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze	Tak	Nie
Dna moczowa	Tak	Nie
Czy pacjent przyjmuje obecnie któryś z następujących leków:		
- Metformina	Tak	Nie
- Interleukina 2	Tak	Nie
- NLPZ	Tak	Nie
- Beta-blokery	Tak	Nie

Najbardziej aktualne oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub szacunkowego wskaźnika przesączania kłębuszkowego (eGRF)

- Wartość

- Data i podpis pacjenta

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania rentgenowskiego.

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie proponowanego mi badania diagnostycznego z użyciem promieniowania rentgenowskiego oraz dożylnym podaniem środka kontrastowego.

Zostałem/-am wyczerpująco poinformowany/-a o rodzaju i znaczeniu badania oraz związanym z nim ryzykiem wystąpienia powikłań. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

Dotyczy kobiet: Oświadczam, że nie jestem w ciąży:

.....
data i podpis pacjenta

.....
data i podpis dziecka po ukończeniu 16r. życia

.....
data i podpis osoby wypełniającej ankietę

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

Oświadczam również, że upoważniam / nie upoważniam* Pana / Panią do:

[] odbioru mojej dokumentacji medycznej,

[] uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych,

[] otrzymania mojej dokumentacji medycznej po śmierci lub innych okolicznościach.

.....
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna prawnego

.....
data i miejsce