

	Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o. ul. Kościuszki 25, 25-316 Kielce	DO/A/3	PP 2
	ANKIETA DLA PACJENTA – BADANIE TK	Aktualizacja/ Data aktualizacji	01 / 09.03.2026
		Strona	1 / 1

Imię i nazwisko.....nr pesel.....

Data badania..... Waga pacjentakg Numer telefonu.....

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Podane informacje objęte są tajemnicą medyczną i nie będą wykorzystywane do innych celów. **Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć kółkiem**

Czy choruje Pani/Pan na choroby tarczycy – Jeśli TAK proszę wymienić	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na: choroby nerek, wątroby, astmę, padaczkę, cukrzycę? Jeśli tak, proszę podkreślić właściwe.	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)? Jeśli tak, proszę podkreślić właściwe.	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca? Jeśli tak, proszę podkreślić właściwe.	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jod, preparaty jodu?	TAK	NIE
Dotyczy kobiet: - czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani, że jest w ciąży?	TAK	NIE
Dotyczy kobiet:- czy karmi Pani piersią ?	TAK	NIE
ZGODA PACJENTA (rodziców, opiekunów lub pełnomocników) NA WYKONANIE BADANIA: W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie, wyrażam na to zgodę	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie CT z użyciem środka kontrastowego?	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania CT wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Jeśli tak, proszę wymienić, na jakie?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan na czczo?(ile godzin?)	TAK	NIE

Przeciwwskazaniem bezwzględny do wykonania badania jest cięża.

Przeciwwskazaniem bezwzględny do podania jodowego środka kontrastowego jest:

brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie badania, ostre wołe toksyczne tarczycy, cięża, uczulenie na jod. (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu pracowni).

O podaniu kontrastu ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

Kielce, dn.....

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na moje pytania dotyczące badania TK, jednocześnie zostałem/am poinformowany/a o celu i przebiegu badania, które zostanie wykonane, jak również o wszystkich możliwych i zagrożeniach związanych z wykonaniem w/w badania. Uzyskałem/am informacje o zaniechaniu badania oraz o metodach alternatywnych. Zapoznałem/am się z treścią ulotki DO/U/7 „Badania TK w Pracowni Diagnostyki Obrazowej- pacjent ambulatoryjny”

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na badanie

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

Niniejszy dokument stanowi własność Szpitala Kieleckiego św. Aleksandra Sp. z o.o.

Żadna jego część nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez zgody Zarządu Spółki.