



ANKIETA

przed wykonaniem badania tomografii komputerowej
w ramach NFZ/komercja/umowa

Prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie ankiety.

Nazwisko i Imię:

PESEL:

Wzrost:

Waga:

- 1 Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie/niewydolność krążenia/chorobę wieńcową/zaburzenia rytmu serca*? tak nie
- 2 Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego/udar/padaczka/utrata przytomności/inne*? tak nie
Jeżeli inne - jakie:
- 3 Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy: niedoczynność/nadczynność/inne*? tak nie
Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/a?
- 4 Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek? tak nie
- 5 Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? tak nie
Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/a?
- 6 Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki/jod/plaster/lateks/inne substancje chemiczne*? tak nie
Jeżeli tak, to jakie?
- 7 Czy choruje Pan/Pani na klaustrofobię? tak nie
- 8 Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? tak nie
- 9 Czy przyjmuje Pan/Pani preparaty zawierające metforminę (np. Siofor, Metformax, Formetic, Etform, Glucophage, Gluformin, Metformin i inne)? tak nie
- 10 Czy dołącza Pan/Pani poprzednie badanie obrazowe danej okolicy ciała? tak nie
- 11 **Czy jest Pani w ciąży?** (należy unikać badania u kobiet w II połowie cyklu miesięcznego u których zaistniała możliwość zapłodnienia) tak nie

*jeżeli tak, proszę podkreślić właściwą odpowiedź

- Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z przebiegiem badania oraz z możliwością wystąpienia powikłań.
- Oświadczam także, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała i nie zataiłem/am istotnych informacji o faktycznym stanie zdrowia.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzanie badania tomografii komputerowej określonego w skierowaniu oraz w przypadku uzasadnienia medycznego, podanie dożylnie jodowego środka kontrastowego w trakcie badania.
- Oświadczam, że nie spożywałem/-łam posiłków przez minimum 5 godzin, oraz że nie jestem uczulony/-a na środki kontrastowe. Zostałem/-łam poinformowany/-a o ewentualnych powikłaniach podania środka kontrastowego. Możliwe powikłania po podaniu środka kontrastowego: zaczerwienienie skóry, obrzęk, pokrzywka, nudności, wymioty, spadek ciśnienia krwi, przyspieszony rytm serca, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddechu i pracy serca, zanik ciśnienia krwi, z możliwością zgonu pacjenta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę dla Medica i Salve Medica na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.), w tym w celach marketingowych dotyczących nowych usług oferowanych przez Medica/Salve Medica lub informacji o planowanych wydarzeniach, spotkaniach itp. organizowanych przez Medica/Salve Medica.

Ilość kontrastu:

Poziom kreatyniny:

Podpis lekarza:

Łódź, dnia:

Podpis technika:

Podpis Pacjentki/-ta przedstawiciela ustawowego*:

* Jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, a nie ukończył 18, należy uzyskać oświadczenie/zgodę podwójne/-ą tj. od Pacjenta/-tki i jego przedstawiciela ustawowego.