

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE TK

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta

Imię i nazwisko Przedstawiciela ustawowego*

PESEL/Data urodzenia Pacjenta*

Tomografia komputerowa

Tomografia komputerowa jest to badanie diagnostyczne wykonywane przy użyciu promieniowania jonizującego. Obraz uzyskujemy w postaci przekrojów poprzecznych z możliwością dodatkowych rekonstrukcji strzałkowych i czołowych. Tomografia 3D jest to obecnie najnowocześniejszy i najbardziej wszechstronny system obrazowania radiologicznego na rynku. Podczas badania wykorzystujemy wiązkę stożkową CBCT. Do kluczowych cech urządzenia można zaliczyć system kontroli dawki, który zapewnia optymalne zastosowanie dawki do typu badania gwarantując najwyższą jakość obrazowania.

Przeciwwskazania:

- Ciąża – ze względu na szkodliwy wpływ promieniowania rentgenowskiego na rozwój płodu i możliwość wystąpienia wad rozwojowych płodu i dziecka po urodzeniu. Badania u kobiety ciężarnej mogą być wykonane tylko w stanie zagrożenia życia lub zdrowia matki, za jej wiedzą i świadomą zgodą.

Powikłania związane z wykonywaniem badania tomografii komputerowej:

Każda ekspozycja diagnostyczna powoduje pochłonięcie określonej dawki promieniowania rentgenowskiego, co niesie za sobą ryzyko uszkodzenia płodu, oraz ryzyko uszkodzenia innych narządów (m.in.: rogówki gałek ocznych, gonad, tarczycy), nadto może wzrosnąć nieznacznie ryzyko zapadnięcia na choroby nowotworowe dawki są różne w zależności od rodzaju badania i badanej okolicy anatomicznej ciała, niektóre narządy (jak rogówka gałki ocznej, tarczyca, narządy rozrodcze) są szczególnie wrażliwe na promieniowanie rentgenowskie, należy je w miarę możliwości osłaniać ochronami osobistymi (osłony zawierające ołów). Podczas badania stosujemy fartuch ołowiowy, który nie przepuszcza promieniowania X.

Prosimy o wypełnienie poniższego formularza przed przystąpieniem do badania

1. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE
2. Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe? TAK NIE
(jeśli tak to proszę wyciągnąć przed badaniem)
3. Czy miał/a Pan/Pani/Dziecko jakieś przebyte zabiegi laryngologiczne? TAK NIE
Jeśli tak to jakie?
-

* niepotrzebne skreślić

1/2

4. Czy zostawia Pan/Pani/Dziecko u nas wyniki wcześniejszych badań TK? TAK NIE
Jeśli tak to jakie?

.....

5. Czy choruje Pan/Pani/Dziecko na jakieś choroby przewlekłe?

schorzenia nerek	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	alergię	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
cukrzycę	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	astmę	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE

Oświadczenie Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że:

- Wyrażam świadomą zgodę na badanie tomografii komputerowej.
- Jednocześnie oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi.
- Zostałem/am poinformowany/a o szkodliwości promieniowania jonizującego i przedstawiono mi alternatywne sposoby diagnostyki.
- Po podjęciu samodzielnej decyzji wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonanie badania radiologicznego, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu.
- Oświadczam, że nie jestem w ciąży**.

.....
(data)

.....
(podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*)

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy kobiet – ciąża jest przeciwwskazaniem do badania ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia rozwoju dziecka, w przypadkach zagrożenia życia można wykonać badanie TK również u Pacjentelek w ciąży