

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
ORAZ EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO - ŚCO**

W niektórych rodzajach badań wymagane jest dożylne podanie środka kontrastowego celem dokładniejszego uwidocznienia narządów wewnętrznych i struktur anatomicznych. Niekiedy środki kontrastowe mogą wywoływać działania niepożądane. Gdyby tak się zdarzyło otrzyma Pan/Pani pomoc i zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Większość działań niepożądanych ma przebieg łagodny i krótkotrwały i ustępuje samoistnie.

Możliwe działania niepożądane po podaniu jodowych środków kontrastowych:

- często – bóle głowy, nudności, uczucie gorąca.
- sporadycznie – zmiany ciśnienia krwi, suchość w ustach, wymioty, biegunka, zawroty głowy, nadmierne pocenie się, uczucie osłabienia, dreszcze, podwyższona temperatura, swędzenie skóry, wysypka, pokrzywka, omdlenie, zgaga, ból w jamie brzusznej, ból mięśni, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, ból w klatce, wynacznienie środka kontrastowego.
- wyjątkowo rzadko – drgawki, zapalenie trzustki, obrzęk płuc, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia, wzrost ciśnienia płynu w mózgu (nadcisnienie śródczaszkowe), wstrząs anafilaktyczny.

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani ciążę? TAK / NIE (zaznaczyć właściwe)

Ja niżej podpisany/a potwierdzam, że zapoznałem/am się z w/w informacjami i są one dla mnie zrozumiałe oraz wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości. Jednocześnie oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Otrzymałem/am informację w formie pisemnej dotyczącą przygotowania i przebiegu badania a wszelkie wątpliwości w tym zakresie zostały mi wyjaśnione. Przedstawiono mi korzyści wynikające z badania, które pozwolą na zastosowanie diagnostyki o wyższym stopniu obrazowania oraz dokładniejszą ocenę zaawansowania procesu chorobowego jak również odpowiedzi na zastosowane leczenie.

| | |
|---|---|
| <p align="center">Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na badanie Tomografii Komputerowej</p> <p>.....</p> <p align="center">Data i podpis pacjenta lub opiekuna</p> | <p align="center">Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na ewentualne dożylne podanie środka kontrastowego</p> <p>.....</p> <p align="center">Data i podpis pacjenta lub opiekuna</p> |
|---|---|

W przypadku braku zgody na badanie i / lub podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

| | |
|--|--|
| <p>Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center">Data, pieczętka i podpis lekarza kierującego na badanie</p> | <p>Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o sposobie badania i powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonych procedur</p> <p>.....</p> <p align="center">Data, pieczętka i podpis lekarza kierującego na badanie</p> |
|--|--|

*** - zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź**