Informacja dla pacjenta oraz oświadczenie świadomej zgody na wykonanie
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury

Tomografia komputerowa jest wysokospecjalistycznym badaniem radiologicznym w którym wykorzystuje się promieniowanie rentgenowskie. Tomografia komputerowa pozwala uzyskać szczegółowe obrazy narządów i wykrycie potencjalne nieprawidłowości w ciele. Wykonywana w celu rozpoznania danej choroby lub monitorowania postępu leczenia.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Tomografia komputerowa to badanie, podczas którego wykonuje się serię obrazów przy użyciu promieni RTG w różnych płaszczyznach i pod różnym kątem, dzięki lampie(dekektorze) przesuwają się w okolicach diagnozowanej części ciała.Tomograf komputerowy składa się ze stołu, na którym kładzie się pacjent, oraz gantry, czyli właściwego urządzenia, zawierającego jedna lub kilka lamp emitujących promieniowanie. Lampy wykonują szybkie obroty i jednocześnie przesuwają się wzdłuż ciała pacjenta, po to, by objąć swoim zasięgiem cały badany obszar. Podczas tego ruchu wykonują serię zdjęć RTG. Uzyskany w badaniu tomografii obraz jest przetwarzany w komputerze ze specjalistycznym oprogramowaniem.Część badań wykonywanych jest z podaniem środka kontrastowego. Jest to substancja na bazie związków jodu, która umożliwia dokładniejszą ocenę niektórych patologii.Osoba przeprowadzająca badanie będzie podawać pacjentowi wskazówki postepowania. Należy zgłosić personelowi: alergie- zwłaszcza na jod, choroby przewlekłe – szczególnie nerek i tarczycy oraz klaustrofobię.

III. Ewentualne inne sposoby obrazowania

- USG
- RTG
- Rezonans magnetyczny

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Środek kontrastowy może powodować reakcje uboczne, które najczęściej są krótkotrwałe i przejściowe, jednak niekiedy ich nasilenie jest większe i wymaga leczenia, bardzo rzadko występują reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu.

Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego to

- miejscowo-odczyny skórne, pieczenie, swędzenie, wysypka, zaczerwienienie;
- ogólnoustrojowe- nudności, wymioty, zaburzenia smaku lub widzenia, uczucie zmęczenia, potliwość, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni;
- ze strony układu oddechowego- skurcz i obrzęk krtani, duszność;
- ze stronny układu krążenia-zaburzenia rytmu serca, wzrost lub spadek ciśnienia, nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon;
- ze strony układu nerwowego- ból głowy, drgawki, zaburzenia świadomości;
- ze strony układu moczowego– zaburzenia funkcji nerek w postaci ostrej niewydolności nerek.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Niektóre powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, mogą być także przyczyna zagrożenia życia.

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostyczno- terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

W celu zmniejszenia ryzyka powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania

Poprawną odpowiedź zakreślić kółkiem

1. Czy mieli Państwo badanie z dożylnym podaniem kontrastu?(urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
   TAK / NIE
2. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania?
   TAK / NIE
3. Czy rozpoznano u Państwa:

- Astmę, POCHP, Gruźlicę TAK/NIE

- Choroby nerek TAK/NIE
- Choroby tarczycy TAK/NIE
- Cukrzycę TAK/NIE
- Choroby serca TAK/NIE
- Choroby układu nerwowego- udar, padaczka utraty przytomności TAK/NIE

4. Czy przyjmują Państwo na stałe jakieś leki? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie……

5. Czy byli Państwo dotychczas operowani? TAK/NIE

Proszę wymienić operację :

……

6. Czy występują u Państwa jakiekolwiek uczulenia? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie……...

7. Czy posiadają Państwo jakiekolwiek metalowe wszczepy/ protezy w ciele? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie i gdzie……..

8. Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE
9. Czy karmi Pani piersią? TAK/NIE

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

1) zapoznałem/ łam się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze **Tomografii komputerowej**
2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczenie. Miałem/łam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.

…… ...…….

Data i podpis pacjenta Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej i oświadczam, że zostałem/ łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

……... …….

Data i podpis pacjenta Data i podpis przedstawiciela ustawowego

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

……

Data, podpis i pieczątka lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

……

……..

Data, podpis i pieczątka lekarza