

Badania bez kontrastu nie wymagają przygotowania.

W dniu badania należy zgłosić się do Pracowni Tomografii Komputerowej, dostarczyć dokumentację uprzednich badań obrazowych (opisy, płyty CD, zdjęcia) i dotychczasowego leczenia (karty informacyjne).

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z KONTRASTEM

1. **W dniu badania** należy zgłosić się do Pracowni Tomografii Komputerowej, dostarczyć dokumentację uprzednich badań obrazowych (opisy, płyty CD, zdjęcia) i dotychczasowego leczenia (karty informacyjne) oraz wynik badań laboratoryjnych - oznaczenie kreatyniny (dla badań planowych nie starszy niż Miesiąc, dla pilnych nie starszy niż 6 miesięcy).
2. **Dwa dni przed badaniem** odstawić następujące leki: niesterydowe leki p/zapalne (przeciwbólowe np. Ketanol, Polopiryna, Ibuprofen itp.- można natomiast stosować Paracetamol).
3. W przypadku przyjmowania doustnego leku przeciwcukrzycowego z grupy biguanidów (np. Metformin, Metformax, Metfogamma, Metifor, Formetic, Glucophage, Gluformin, Siofor) - należy skontaktować się z lekarzem kierującym (należy przerwać stosowanie tego leku 48 godzin przed badaniem TK i nie przyjmować go przez kolejne 48 godzin po badaniu).
4. **Dzień przed badaniem** wypić dodatkowo ok 1 litr płynów niegazowanych.
5. Przed badaniem TK należy być na czczo (ok. 6 godz.)
6. Do wykonania badania nie jest wymagany pełen pęcherz.
7. **Godzina badania może ulec zmianie z przyczyn niezależnych.**
8. Po badaniu Pacjent pozostaje pod obserwacją przez ok. 30 min.
9. Po badaniu wskazane jest spożycie większej niż zwykle ilości płynów.

Termin badania :

Imię i nazwisko pacjenta:

Podanie środka kontrastowego wpływa na polepszenie obrazu, pozwala dokładniej uwidocznić narządy wewnętrzne i struktury anatomiczne.

Najczęściej występujące objawy niepożądane po podaniu środka kontrastowego:

- zaczerwienie
- uczucie ciepła
- nudności
- reakcje skórne (pokrzywka)
- wymioty
- duszność
- wynaczynienie środka cieniującego
- ostra niewydolność nerek
- wstrząs anafilaktyczny (u pacjentów uczulonych na środki cieniujące)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody *** na zastosowanie środka kontrastowego

Podpis pacjenta * :

Dotyczy kobiet

Oświadczam, że w chwili obecnej nie podejrzewam u siebie i nie jestem w ciąży

Podpis pacjentki * :

W przypadkach jakichkolwiek niejasności czy wątpliwości prosimy pytać personel wykonujący badanie

.....
.....
.....

WYPEŁNIA LEKARZ

PACJENT NIE JEST W STANIE PODJĄĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU:

.....

PODPIS LEKARZA:

WYPEŁNIA LEKARZ/PIEŁĘGNIARKA

Poziom kreatyniny i GFR: z dnia:

Podano środek cieniujący:..... w ilości:.....

*** Dożylnie / Doustnie / Doodbytniczo / W inny sposób :

Czy wystąpiły powikłania?	TAK,	NIE
	Jakie:	

.....
Pieczęć i podpis technika

.....
Pieczęć i podpis pielęgniarki

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* dotyczy pacjenta lub osoby sprawującej prawną opiekę nad pacjentem

** pacjent ambulatoryjny - lekarz radiolog, pacjent z Oddziału - lekarz kierujący na badanie

*** niepotrzebne skreślić