Idenytyfikator świadczeniodawcy: 064/100036

INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC
ODDZIAŁ TERENOWY W RABCE-ZDROJU

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ZGODA NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z PODANIEM LUB BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Dotyczy pacjenta:

Nr księgi głównej: ..... Masa ciała pacjenta (kg) ..... wynik GFR: ml/min/1,73m2

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: . .....

Nr telefonu pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego: .....

I. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej (w tym opis oczekiwanych korzyści)

Tomografia komputerowa to specjalistyczne badanie obrazowe z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. Wskazaniem do jego wykonania są różnego rodzaju zmiany chorobowe powodujące konieczność obrazowej oceny struktur narządów oraz wykrycia nieprawidłowości w ich budowie. Oczekiwaną korzyścią jest ustalenie lub potwierdzenie rozpoznania i określenie sposobu dalszego leczenia. Badanie wykonuje technik elektroradiologii pod nadzorem lekarza radiologa, który decyduje też o ewentualnym podaniu środka kontrastowego tj. substancji, która dzięki temu, że ma inny współczynnik pochłaniania promieniowania rentgenowskiego w porównaniu z tkankami organizmu ludzkiego, umożliwia uzyskanie obrazu narządu lub wzmocnienia obrazu struktury patologicznej. Środek kontrastowy podaje dożylnie pielęgniarka po uprzednim założeniu wenflonu do żyły obwodowej. Zwykle badania radiologiczne mają zdecydowanie większą wartość diagnostyczną po użyciu środka kontrastowego, jednak wszystko zależy od celu badania i konkretnej sytuacji klinicznej. W uzasadnionych przypadkach badanie może być wykonane w znieczuleniu ogólnym (małe dzieci) przez lekarza anestezjologa we współpracy z pielęgniarką anestezjologiczną.

W przeddzień badania, jeśli nie ma przeciwwskazań zaleca się wypicie około 1 litra niegazowanej wody (u dzieci sposób nawodnienia ustala lekarz kierujący). W dniu badania należy pozostać na czczo przez co najmniej 6 godzin. Leki przyjmowane na stałe należy przyjąć nie później niż 2 godz. przed planowanym badaniem, popijając niewielką ilością wody.

W przypadku badań przeprowadzanych w trybie ambulatoryjnym na badanie pacjent przychodzi z dorosłą osobą towarzyszącą. Należy zabrać ze sobą niegazowaną wodę mineralną, aby niezwłocznie po badaniu rozpocząć nawadnianie. Chorzy na cukrzycę powinni zabrać ze sobą posiłek na wypadek wystąpienia objawów niedocukrzenia. Po badaniu chory pozostaje w poczekalni przez 30 min pod obserwacją pielęgniarki. Z kolei pacjenci hospitalizowani w Instytucie przyprowadzani są na badanie przez pielęgniarkę i po badaniu pozostają pod jej opieką.

Konieczne jest dostarczenie wyniku poziomu **kreatyniny** we krwi oraz wyniki i zdjęcia poprzednich badań obrazowych oraz dokumentacji medycznej pacjenta.

Przeciwwskazaniem do badania tomografii komputerowej jest ciąża, zwłaszcza pierwszy trymestr. Jednak w wyjątkowych okolicznościach, gdy badanie radiograficzne ma zasadnicze znaczenie, można podać jodowe środki kontrastowe kobiecie w ciąży (należy kontrolować czynność tarczycy u noworodka w pierwszym tygodniu życia). Podczas podawania kobiecie karmiącej jodowych środków kontrastowych można normalnie kontynuować karmienie piersią. **Przeciwskazania do podania jodowych środków kontrastowych obejmują**: nadwrażliwość na substancję czynną lub pomocniczą, zespół chorobowy wywołany zwiększonym stężeniem hormonów tarczycy w surowicy krwi (tyreotoksykoza).

Ryzyko reakcji niepożądanych po podaniu środka kontrastowego zwiększa się w następujących przypadkach: gdy występowały powikłania w przeszłości po podaniu takiego środka, alergia (zwłaszcza uczulenia na jod), astma oskrzelowa, nadczynność tarczycy, paraproteinemia (szpiczak mnogi, choroba Waldenstroma), niewydolność układu krążenia/oddechowego, niewydolność nerek/wątroby, cukrzyca, wiek powyżej 70 lat, dzieci do 10 lat, wole tarczycowe, guz chromochłonny, anemia sierpowata, hipowolemia, zaburzenia wodno-elektrolitowe.

II. Inne dostępne alternatywne metody diagnostyczne

Istnieje wiele innych metod obrazowych i czynnościowych nie wymagających podania środków kontrastowych, które są pomocne w diagnostyce stanów chorobowych, ocenie struktur narządów oraz wykryciu nieprawidłowości w ich budowie, jednak żadna z nich nie pozwala na osiągnięcie analogicznych korzyści diagnostycznych.

III. Standardowe powikłania wczesne i odległe związane z proponowaną procedurą medyczną

Nowoczesne środki kontrastowe cechują się niskim ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych. Jednak jak każdy preparat wprowadzany do organizmu, mogą powodować takie działania, chociaż nie u każdego one wystąpią. Jeżeli jednak

wystąpią, zwykle są przejściowe i mają niewielkie nasilenie (nudności, łagodne wymioty, pokrzywka, świąd, rumień, uczucie ciepła, niepokój). Opisywano również reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu (skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani, wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddechu, arytmia, zatrzymanie akcji serca). Większość reakcji niepożądanych występuje w ciągu pierwszej godziny od podania, jednak niekiedy dochodzi do reakcji opóźnionych (po kilku godzinach lub kilku dniach od podania). Mogą to być grudkowo-plamiste wysypki, rumień, obrzęk, świąd (zazwyczaj ustępują samoistnie). W ciągu 48–72 godzin od donaczyniowego podania środka kontrastowego może rozwinąć się ostre pokontrastowe uszkodzenie nerek, a po tygodniu nadczynność tarczycy. Po wprowadzeniu wenflonu w rzadkich przypadkach może dojść do powikłań takich jak pęknięcie żyły czy wynaczynienie środka kontrastowego. Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań.

IV. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostycznej utrudnia i ogranicza diagnostykę, może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu, co w konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

V. Kwestionariusz

Proszę o uzupełnienie ankiety przez zaznaczenie krzyżykiem właściwych odpowiedzi TAK lub NIE	**TAK**	**NIE**
1. Czy jest Pan(i) uczulony(a) na jod?	☐	☐
2. Czy miał(a) Pan(i) badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu?	☐	☐
3. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli TAK, to jakie?	☐	☐
4. Czy jest Pan(i) uczulony(a) (leki, pokarmy, substancje chemiczne)? Jeśli TAK, to na co?	☐	☐
5. Czy choruje Pan(i) na astmę oskrzelową? Jeśli TAK, to jakim lekiem jest Pan(i) leczony(a)?	☐	☐
6. Czy choruje Pan(i) na choroby nerek (np. niewydolność nerek, białkomocz, dna moczanowa)? Jeśli TAK, na jakie?	☐	☐
7. Czy choruje Pan(i) na nadczynność/niedoczynność tarczycy? Jeśli TAK, to proszę napisać czy jest Pan(i) leczony(a) z tego powodu i jakim lekiem(ami)?	☐	☐
8. Czy choruje Pan(i) na serce? Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć właściwe: nadciśnienie, niewydol- krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca?	☐	☐
9. Czy choruje Pan(i) na cukrzycę i przyjmuje lek przeciwcukrzycowy metforminę. *10. Czy choruje Pan(i) na szpiczaka mnogiego?*	☐	☐
11. Czy choruje Pan(i) na choroby z autoagresji? Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć właściwe: RZS, toczeń, łuszczyca.	☐	☐
12. Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? Jeśli TAK, to jakim lekiem jest Pan(i) leczony(a)?	☐	☐
..... *przeciwdepresyjne, neuroleptyki, pochodne fenotiazyny)? Jeśli TAK, to proszę podać jakie?*	☐	☐
14. Czy choruje Pan(i) na chorobę Gravesa-Basedowa?	☐	☐
Pytania wyłącznie dla kobiet *15. Czy jest Pani w ciąży?*	☐	☐
16. Czy karmi Pani piersią?	☐	☐

Dotyczy pacjenta: | | OP.P-01.F-01

Proszę podać daty i rodzaj procedur z zastosowaniem promieniowania jonizującego wykonanych w ostatnich 5 latach (zdjęcia RTG, tomografia komputerowa, scyntygrafia, radioterapia):

.....

.....

.....

VI. Ja, niżej podpisany ..... oświadczam, że:

☐ Wyrażam zgodę na badanie za pomocą tomografii komputerowej;

☐ Wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody na podanie środka kontrastowego;

☐ Zostałem(am) poinformowany(a) o podaniu środka kontrastowego, jego skutkach oraz o ryzyku grożących mi w związku z tym powikłań, a w przypadku ich wystąpienia przyjmuję do wiadomości konieczność dalszego postępowania medycznego (infuzje, iniekcje) w czasie i po badaniu.

☐ Zgadzam się na przeprowadzenie badania, którego założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikające zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Zostały mi także przedstawione inne niż niniejsze badanie metody diagnostyczne;

☐ Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia;

☐ Zapewniam, iż przekazałem(am) wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny;

☐ Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wykorzystano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia;

.

☐ Zgadzam się ☐ nie zgadzam się, na dopuszczenie do obserwacji wykonywanego badania przez osoby szkolące się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video;

☐ W czasie rozmowy z lekarzem umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących niniejszego badania oraz tego dokumentu, uzyskałem(am) odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły stanu zdrowia oraz możliwych do zastosowania w moim przypadku metod diagnostycznych. Informacja udzielona przez lekarza była dla mnie jasna i zrozumiała;

☐ Zostałem(am) również poinformowany(a), że mogę opuścić szpital po uprzednim wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego. W przypadku wypisu ze szpitala na własne żądanie, oświadczam, że nie będę rościł(a) pretensji, w razie pojawienia się powikłań będących następstwem zbyt wczesnego opuszczenia szpitala;

☐ Ewentualne uwagi Pacjenta:

Rabka-Zdrój, dnia ....

(data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego) *(pieczątka i podpis lekarza)*

Podpisanie formularza przez Pacjenta jest niemożliwe z powodu:

……

……

……

……

Rabka-Zdrój, dnia ……
(pieczątka i podpis lekarza)

ODMOWA

Po przeczytaniu i zrozumieniu przeczytanej informacji nie wyrażam zgody na planowane badanie. O wszystkich możliwych ujemnych skutkach wynikających z mojej świadomej decyzji zostałem/am poinformowany/a. W czasie rozmowy mogłem/mogłam postawić wszystkie pytania o rodzaju i znaczeniu planowanego badania i udzielono mi na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Rabka-Zdrój, dnia | Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego | Pieczątka i podpis lekarza

Dotyczy pacjenta w warunkach ambulatoryjnych.

Data	Nazwa leku	Dawka i metoda podania	Pieczątka i podpis lekarza zlecającego	Potwierdzenie wykonania (godzina, pieczątka i podpis pielęgniarki)