

ZGODA NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO



Nazwisko i Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Waga

..... kg

Dlaczego podajemy środek cieniujący?

Podanie to jest niezbędne w przypadku poszukiwania zmian patologicznych, które są lepiej widoczne po podaniu środka, który wypełnia naczynia krwionośne dając odpowiednie zakontraktowanie na obrazie radiologicznym. Dotyczy to diagnostyki m.in. nowotworów, zmian naczyniowych, innych wybranych patologii centralnego układu nerwowego jak i w obrębie Hamy brzusznej, czy klatki piersiowej. Opis radiologiczny, a tym samym postawienie diagnozy jest możliwe w takich przypadkach bez podania środka cieniującego.

Metodyka podania:

Środek cieniujący podawany jest dożylnie do żyły obwodowej.

Możliwe powikłania :

- **często:** nudności;
- **niezbyt często:** bóle głowy, zaburzenia czucia, zawroty głowy, zaburzenia smaki, łzawienie, uderzenia gorąca, suchość w jamie ustnej, wymioty, świąd i wysypka skórna, ból w miejscu wstrzyknięcia, przyspieszenie akcji serca, zmęczenie;
- **rzadko:** lęk, zmiany rytmu serca, ból brzucha, obrzęk języka, obrzęk twarzy, skurcz gardła, płytki oddech;
- **bardzo rzadko:** utrata świadomości, śpiączka, zatrzymanie akcji serca.

Ankieta dla pacjenta

Czy w przeszłości był podawany środek cieniujący? **TAK** **NIE**

Czy po podaniu ww. środka wystąpiły jakiegokolwiek objawy niepożądane? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to jakie.....

Czy jest Pan/i uczulony/a na jod? **TAK** **NIE**

Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwzakrzepowe? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to proszę podać od kiedy i w jakiej dawce

.....

Czy ma Pan/i nadczynność tarczycy? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to proszę podać nazwę i dawkę leku

Czy choruje Pan/i na cukrzycę, szpiczaka mnogiego? **TAK** **NIE**

Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwzakrzepowym (fenforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu.

Czy jest Pani w ciąży? **TAK** **NIE**

Czy karmi Pani piersią? **TAK** **NIE**

Oświadczam, że uzyskałam/em wyczerpujące informacje na temat badania i ewentualnych powikłań oraz miałam/em możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości.

Wyrażam zgodę na podanie mi środka kontrastowego

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgodny na podanie środka kontrastowego. Zostałam/Em poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego stanu zdrowia i życia.

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Podpisanie zgodny przez pacjentkę/ta nie jest możliwe z powodu:

.....
.....

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza