



KZ-ZDO-007/A-D01  
Załącznik nr 1 /QP-004/O

## FORMULARZ ZGODY ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

IDENTYFIKATOR PACJENTA  
(MIP jeśli nadany)

Nazwisko i Imię: .....

Data urodzenia: .....Płeć: .....

Adres: .....

PESEL: .....

Nr Ks. Gł.:.....

Nr Ks. Oddz.: .....

Oddział: .....

### I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania:

Nazwisko i imię: .....

Adres: .....

### Zgoda na wykonanie badania TK bez kontrastu

Pacjent musi posiadać skierowanie lekarskie.

Badanie tomografii komputerowej jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Promieniowanie rtg może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki, dlatego dawka promieniowania podczas badania tomografii komputerowej jest zredukowana do najmniejszego poziomu, zapewniającego uzyskanie poprawnych technicznie obrazów. W metodzie tej wykorzystuje się zjawisko różnego pochłaniania promieniowania rentgenowskiego przez różne tkanki ciała.

W przypadku badań Tomografii Komputerowej pacjent kładzie się na specjalnym ruchomym stole, który przesuwany jest do wnętrza aparatu – daje to możliwość uzyskania obrazu wielu warstw ciała pacjenta. Pacjent powinien być nieruchomy w trakcie badania i wykonywać instrukcje lekarza lub technika w celu uzyskania lepszej jakości zdjęć. Przy badaniu dzieci może zaistnieć konieczność znieczulenia ogólnego.

Badanie jest bezbolesne. Na czas badania należy ubrać się w luźne i wygodne ubranie bez metalowych dodatków takich jak guziki, klamry, agrałki, broszki. Do badania trzeba zdjąć biżuterię, okulary, aparat słuchowy, protezy ruchome oraz części garderoby okolicy badanej. Szczególnie istotne jest zapewnienie ochrony przed promieniowaniem kobiet w ciąży i dzieci.

### **Badania TK u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1-10 dniu cyklu.**

Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania radiologicznego, zwłaszcza Tomografii Komputerowej - wykonywanie go jest ograniczone do niezbędnych przypadków, jeżeli badanie nie może być przeprowadzone po rozwiązaniu (po wyczerpaniu innych metod diagnostycznych oraz w przypadkach zagrożenia życia matki lub płodu).

Wszystkie kobiety powinny zgłaszać fakt podejrzenia lub bycia w ciąży przed wykonaniem badania.

Pacjent do badania powinien:

- Przynieść ze sobą wcześniejsze zdjęcia i wyniki TK, REZONANSU MAGNETYCZNEGO, RTG, USG oraz inną posiadaną dokumentację medyczną
- Przynieść dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość
- Przynieść książeczkę zdrowia dziecka celem dokonania wpisu wykonania badania dziecka z użyciem promieniowania jonizującego

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową, nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

Wzrost ..... cm

Waga .....kg

**OŚWIADCZENIE PACJENTA (proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź):**

DOTYCZY KOBIET: Czy jest Pani w ciąży ?  TAK  NIE

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA TOMOGRAFI KOMPUTEROWEJ  
BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO  
( proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź):**

1. Powyższe pytania zostały przeze mnie przeczytane i są dla mnie zrozumiałe.  TAK  NIE
2. Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.  TAK  NIE
3. Uzyskałem(łam) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania. Znane mi są: rodzaj badania, jego celowość, oczekiwane wyniki i potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w ramach wykonywanej diagnostyki.  TAK  NIE
4. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja. ?  TAK  NIE
5. W przypadku konieczności wykonania badania w znieczuleniu ogólnym wyrażam na to zgodę. ?  TAK  NIE
6. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o możliwości powikłań związanych z badaniem i **WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie badania.  TAK  NIE

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....  
Data Pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego do badania diagnostycznego