

Nazwisko: ..... Imię: .....  
Data urodzenia: ..... Waga: ..... kg

## Informacja dla pacjenta: tomografia komputerowa (CT)

Szanowna Pacjentko, szanowny Pacjencie!

Opiekujący się Tobą lekarz zgłosił Cię na badanie tomografii komputerowej (CT). Przed przystąpieniem do badania prosimy uważnie przeczytać poniższe informacje i wypełnić załączoną ankietę.

### Badanie CT

Tomografia komputerowa (CT) jest metodą diagnostyczną, przy której prześwietla się badane okolice ciała za pomocą ograniczonej wiązki promieni Roentgena, obracającej się wokół ciała. Napromieniowanie utrzymuje się przy tym tak nisko, jak tylko to jest możliwe.

Poprzez dodatkowe przetwarzanie przy pomocy komputera można utworzyć zdjęcia we wszystkich poziomach warstw.

W celu przeprowadzenia badania w sposób możliwie wyraźny, może okazać się konieczne wstrzyknięcie środka kontrastowego poprzez naczynie krwionośne.

### Przebieg badania

Badanie trwa maksymalnie pół godziny. Podczas robienia pojedynczych zdjęć, z których każde trwa kilka sekund, Twój leżak posuwa się do przodu. Prosimy leżeć spokojnie i w odprężeniu. Prosimy nie ruszać się, ponieważ ruchy powodują złą jakość zdjęć i wpływają negatywnie na wyrazistość badania. W zależności od potrzeby usłyszysz rozkaz odnośnie oddechu. Nasz personel przez cały czas Cię słyszy i widzi. Jeżeli wystąpią problemy, możesz po prostu mówić.

Jeżeli podczas badania zostanie Ci wstrzyknięty środek kontrastowy, wtedy ważnym jest, aby tego dnia dużo pić w celu przyspieszenia wydalenia środka kontrastowego.

### Przyjmuję do wiadomości, że moje zdjęcia ocenione zostaną w razie potrzeby konsyliarnie.

	Tak	Nie
Czy rozpoznano u Ciebie alergię na środki kontrastowe i/lub na jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przy wcześniejszych badaniach przy użyciu środka kontrastowego wystąpiły dolegliwości? np. reakcje krążenia, wysypki lub inne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak to, jakie? .....		
Cierpisz na alergię lub lekarstwa wywołują u Ciebie skutki uboczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierpisz na zaburzenia funkcji nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierpisz na cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierpisz na zaburzenia funkcji tarczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierpisz na jaskrę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczące kobiet: Czy istnieje prawdopodobieństwo, że jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W razie pytań prosimy zwrócić się do pracowników Oddziału Radiologii.

### Zrozumiełem/am pytania i udzieliłem/am prawidłowych odpowiedzi.

Data: ..... Podpis: .....

### Wypełnia wyspecjalizowany personel:

Kreatinin: ..... Clearance: ..... Visum MTRA .....