

Prezime: ..... Ime: .....  
Datum rođenja: ..... Težina: ..... kg

## Informacije za pacijente o kompjuterizovanoj tomografiji (CT)

Poštovani,

Od Vaše lekarke/Vašeg lekara ste dobili uput za kompjuterizovanu tomografiju (CT). Stoga Vas molimo da pre sprovođenja pregleda detaljno pročitate sledeća objašnjenja te da zatim ispunite upitnik.

### CT pregled

Kompjuterizovana tomografija (CT) je dijagnostička metoda kojom se ozračivanje pregledavane anatomske regije vrši putem ograničenog rendgenskog snopa koji se rotira oko tela. Pritom će izlaganje radijaciji biti svedeno na najmanju moguću meru onoliko koliko je to god moguće.

Uz pomoć računarski potpomognute obrade rezultata dobiju se slike svih poprečnih preseka različitih organa i tkiva.

U svrhu poboljšanja kontrasta snimaka, može doći do potrebe za ubrizgavanjem kontrastnog sredstva u venu.

### Sprovođenje pregleda

Pregled ne traje duže od pola sata. Tokom svakog pojedinačnog snimanja u trajanju od po nekoliko sekundi, ležaj na kojem ležite kretaće se ka napred. Izuzetno je važno da tokom pregleda ležite potpuno mirni i opuštteni, zato što svaki pokret uzrokuje smetnje na snimcima i negativno utiče na kvalitet pregleda. Po potrebi ćete dobiti instrukcije za disanje. Naše osoblje će biti u mogućnosti da Vas čuje i vidi tokom celog procesa pregleda, te u slučaju potrebe, ne oklevajte da mu se obratite.

Ako će Vam se tokom pregleda ubrizgati kontrastno sredstvo, važno je da u svrhu ubrzavanja delovanja ovog sredstva na dan pregleda uzmete više tečnosti.

### Primam na znanje da će moji snimci po potrebi biti predmet konsultacije više lekara.

	Da	Ne
Patite li od alergijskih reakcija na kontrastna sredstva i/ili jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da li ste kod prethodnih pregleda imali nelagodnosti s kontrastnim sredstvima? Npr. kardiovaskularne reakcije, osipi po koži ili slično?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ako da, koje? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patite li od alergijskih reakcija ili nepodnošenja lekova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patite li od poremećaja rada bubrega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patite li od dijabetesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patite li od oboljenja štitne žlezde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patite li od glaukoma (povećanog očnog pritiska)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Za žene: Da li ste možda trudni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U slučaju pitanja, molimo kontaktirajte osoblje Instituta za radiologiju.

**Sva pitanja su odgovorena tačno i s razumevanjem.**

Datum: ..... Potpis: .....

**Ispunjava se od strane stručnog osoblja:**

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