



Pieczęć komórki kierującej

**SKIEROWANIE NA BADANIE KT**

Pracownia Tomografii Komputerowej  
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie tel. 094 34-88-363, gab. lekarski 094 34-88-236

Imię i nazwisko ..... lat .....

Adres ..... PESEL .....

Międzynarodowy kod choroby .....

1. Rodzaj badania (narząd lub okolica) .....
2. Badanie KT:  pierwsze  kolejne (dotyczące aktualnego schorzenia)
3. Dotychczas postawione rozpoznanie(a):  
.....  
.....
4. Ważne dane dotyczące aktualnego stanu klinicznego:  
.....  
.....
5. Cel badania  
.....  
.....
6. Wyniki dotychczas wykonanych badań obrazowych (-RTG, -USG) oraz innych istotnych badań  
.....  
.....

**Kwestionariusz dla lekarza kierującego**

W trosce o zdrowie i bezpieczeństwo Państwa pacjentów prosimy o odpowiedź na kilka następujących pytań:

- czy u Pacjenta występują choroby nerek?(np.: kamica, niewydolność, białkomocz, przebyte zabiegi) - tak  nie   
.....
- czy u Pacjenta występują choroby tarczycy? (np.: nadczynność, niedoczynność, przyjmowane leki) - tak  nie   
.....
- czy Pacjent choruje na dnę moczaniową?(czy wdrożono leczenie) - tak  nie   
.....
- czy Pacjent choruje na cukrzycę? (leczenie insuliną? tabletkami? jakie tabletki?) - tak  nie   
.....
- czy Pacjent choruje na astmę oskrzelową? (regularność i rodzaj przyjmowanych leków?) - tak  nie   
.....
- czy Pacjent przyjmuje leki nefrotoksyczne (w tym ostatnio lub przewlekłe NLPZ)? - tak  nie   
.....
- czy dotychczas było wykonane badanie z podaniem środka kontrastowego? - tak  nie
- czy Pacjent będzie współpracował w czasie badania?- tak  nie

**Przed badaniem TK wskazane dostarczenie wyniku pomiaru poziomu kreatyniny we krwi lub pomiaru poziomu przesączania kłębuszkowego nerek (GFR).**

Wartości powyższych parametrów wpływają na możliwość oraz sposób przeprowadzenia badania TK z dożylnym podaniem środka kontrastowego. Brak tych wyników przy jednoczesnym występowaniu czynników ryzyka może spowodować odstąpienie od wykonania badania.

## INFORMACJA DLA PACJENTA:

### **Przygotowanie pacjenta do badania:**

#### **Pacjent na badanie zgłasza się na czczo lub co najmniej 5 godzin po posiłku.**

Ze względu na możliwość wystąpienia nudności i wymiotów przy badaniu z użyciem środka kontrastowego pacjent musi pozostać z pustym żołądkiem, w przeciwnym wypadku badanie może być niewykonane.

Badanie w tomografii komputerowej polega na prześwietleniu badanej okolicy ciała, okrężnie przemieszczającą się wiązką promieni rentgenowskich przechodzącą prostopadłe do długiej osi ciała.

Po drugiej stronie badanego obiektu znajduje się układ detektorów zbierający dane o tym, jaka część promieniowania przeszła przez ciało pacjenta. Dane te zostają przetworzone przez komputer i końcowo otrzymujemy warstwowy obraz badanego obszaru ciała. Badanie to, jak każde inne badanie rentgenowskie, wiąże się z narażeniem na pewną dawkę promieniowania jonizującego.

Czasami, w celu poprawienia zróżnicowania poszczególnych struktur, istnieje potrzeba dożylnego podania specjalnego preparatu, tzw. kontrastu. W tym celu musimy nakłuć żyłę i tą drogą podać środek kontrastowy. Może się zdarzyć, że po podaniu kontrastu pojawią się objawy niepożądane - takie jak ból w okolicy miejsca podania preparatu, zaczerwienienie i świąd skóry, mdłości, wymioty, omdlenie. Jesteśmy zobowiązani poinformować, że bardzo rzadko notuje się ciężkie powikłania mogące skończyć się zgonem. Sytuacja taka występuje statystycznie ok. raz na 100 tysięcy badań z podaniem środka kontrastowego (w pracowniach radiologicznych na terenie Koszalina takie powikłanie dotychczas nie wystąpiło). Obecnie w naszej pracowni używane są kontrasty niejonowe, najbezpieczniejsze z dostępnych na rynku.

### **Oświadczenie pacjenta** (lub prawnego opiekuna)

Po zapoznaniu się z informacjami na temat badania TK wyrażam zgodę na wykonanie tego badania, również z podaniem środka kontrastowego, jeśli zajdzie taka konieczność.

Imię, nazwisko.....

data..... podpis .....

**Nie zgadzam** się na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego

Imię, nazwisko,.....

data..... podpis .....

**Oświadczam, że nie jestem w ciąży**

data..... podpis .....

Termin badania (data, godzina) .....