



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL DZIECIĘCY  
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO  
W BYDGOSZCZY

## Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 NIP 554-22-35-340

nr ks. rej.: 000000002215

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

**ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

tel. 52-32-62-184 • FAKS 52-32-62-101

rejestracja.zdo@wsd.org.pl • www.wsd.org.pl

### SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Pieczątką jednostki kierującej/ Badanie płatne:	Data wpływu skierowania:
	Pieczątką i podpis osoby rejestrującej:
	Wyznaczona data badania:

Nazwisko i imię pacjenta (DRUKIEM):		PESEL	
Adres pacjenta:		Data urodzenia:	
Ciężar ciała:		Poziom kreatyniny, GFR	Rodzaj badania:
Rozpoznanie kliniczne:		Znieczulenie ogólne: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
Rodzaj i cel badania:		Badany narząd/obszar ciała:	
Badanie: <input type="checkbox"/> pierwsze <input type="checkbox"/> kontrolne: data poprzedniego badania.....		Data wystawienia skierowania:	Pieczątką i podpis lekarza kierującego:

**W dniu badania dostarczyć wyniki wykonanych wcześniej badań obrazowych np.TK, RM, RTG,USG oraz karty informacyjne leczenia szpitalnego.**

Uwaga: **OŚWIADCZENIE PACJENTKI W WIEKU ROZRODCZYM SKŁADANE W DNIU BADANIA !**  
CIAŻA LUB JEJ PRAWDOPODOBIENSTWO WYKLUCZAJĄ  
WYKONANIE BADANIA Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO.  
Oświadczam, że nie jestem w ciąży i nie zachodzi jej prawdopodobieństwo w dniu badania.

.....  
podpis (imię i nazwisko) opiekuna ustawowego/ prawnego

.....  
data

.....  
podpis (imię i nazwisko) pacjentki od 16 rż.

## INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Tomografia komputerowa jest radiologicznym badaniem diagnostycznym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, bez lub z zastosowaniem środka kontrastowego.
2. **W przypadku badań z kontrastem pacjent powinien być na czczo, minimum 4-5 godzin po spożyciu lekkiego posiłku. Dopuszcza się przyjmowanie do 2 godzin przed badaniem niegazowanych klarownych płynów: woda, słodka herbata, sok jabłkowy. Zalecane jest wypicie do 1000 ml wody niegazowanej wieczorem, przed dniem badania.**
3. **Każdy pacjent dostarcza aktualny wynik poziomu GFR w surowicy krwi (data badania maks. 7 dni przed badaniem TK).**
4. Leki przyjmowane na stałe należy zażyć zgodnie z zaleceniami.
5. **UWAGA!** Konsultacji z lekarzem rodzinnym lub specjalistą wymagają pacjenci przyjmujący niektóre leki p/cukrzycowe, ze schorzeniami nerek i tarczycy. **Pacjent z nadczynnością tarczycy, niewydolnością nerek i przyjmujący leki przeciwcukrzycowe** dostarcza pisemną zgodę lekarza na podanie kontrastu, wystawioną maksymalnie 30 dni przed badaniem.
6. Pacjent chory na astmę zgłasza się na badanie z przyjmowanymi lekami wziewnymi.
7. W dniu badania pacjent zgłasza się z osobą towarzyszącą na 30 minut przed wyznaczoną godziną – **do Rejestracji Zakładu Diagnostyki Obrazowej (budynek B1 I piętro)**. Po badaniu pacjent pozostaje pod obserwacją personelu przynajmniej 30 minut i za zgodą personelu opuszcza Pracownię z osobą towarzyszącą.
8. Przez dobę po badaniu należy dbać o odpowiednie nawodnienie organizmu w celu wydalenia środka kontrastowego.
9. Oryginał Skierowania należy dostarczyć osobiście / za pośrednictwem osoby trzeciej / listownie, do **Rejestracji Zakładu Diagnostyki Obrazowej**, gdzie zostanie wyznaczona data i godzina badania.  
Informacja telefoniczna 52-32-62-184 fax 52-32-62-101, mail: [rejestracja.zdo@wsd.org.pl](mailto:rejestracja.zdo@wsd.org.pl)
10. **Wynik badania do obioru w Rejestracji Zakładu Diagnostyki Obrazowej osobiście lub przez osobę pisemnie upoważnioną. Wzór upoważnienia dostępny w rejestracji ZDO lub na [www.wsd.org.pl/pracownie](http://www.wsd.org.pl/pracownie) diagnostyczne.**

Reakcje niepożądane i możliwe powikłania związane z podaniem kontrastu:

Uczucie ciepła, metaliczny smak w ustach, zawroty głowy, nudności, wymioty, świąd, pokrzywka, obrzęki, skurcz oskrzeli, spadek RR. Bardzo rzadko: drgawki, wstrząs, zatrzymanie akcji serca.

Ankieta dotycząca przeciwwskazań do podania środka kontrastowego.	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykonano u Pani/Pana badanie z użyciem jodowego środka cieniującego (kontrastu)?		
Jeżeli tak, to czy wystąpiły reakcje niepożądane? Jakież?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na astmę, alergie?		
Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne? Jakież?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na schorzenia tarczycy?		
Czy Pani/ Pan choruje i przyjmuje leki na cukrzycę?		
Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nerek, białkomocz, dnę moczanową, niewydolność nerek?		
Czy występują u Pani/Pana inne choroby: szpiczak mnogi, choroby nowotworowe, jaskra?		
Czy jest lub istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży?		

**Zgoda na wykonanie badania TK obszaru ciała wskazanego na skierowaniu, z podaniem kontrastu (jeżeli wskazane)**

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym. Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały.

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych. Znane mi są możliwe powikłania związane z badaniem i podaniem środka kontrastowego.

Świadomie **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM\*** zgodę na wykonanie badania.

\*właściwie podkreślić

**WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM\*** zgodę na podanie kontrastu.

.....  
podpis (imię i nazwisko) opiekuna ustawowego/ prawnego

.....  
data

.....  
podpis (imię i nazwisko) pacjenta od 16 roku życia

Data.....

Pieczętka i podpis lekarza .....

WYPEŁNIA PERSONEL TK				
Radiolog:	Technik:	Kontrast (lek, dawka,)	Pieczętka i podpis lekarza zlecającego:	Pieczętka i podpis pielęgniarki wykonującej zlecenie: