



Grupa KGHM
Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Tomografii Komputerowej

Załącznik nr 1

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

ANKIETA – Załącznik do badania TK dla Pacjenta

Nazwisko i imię Pacjenta	PESEL	Tel. kontaktowy	Wzrost	Waga

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety i zaznaczenie właściwej odpowiedzi w kółko.

Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości diagnostykę badanej obecnie okolicy (TK, MR, USG, RTG)? Jeśli tak, proszę podać jakie badanie i datę.....	TAK	NIE
Czy dostarczył Pan/Pani wyżej wymienione badanie?	TAK	NIE
Jeżeli badań dotyczących obecnego schorzenia było kilka, kiedy było wykonane ostatnie? Czy zostało dziś dostarczone?	TAK	NIE
Czy podczas tego badania był podawany środek kontrastujący?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani jakiegokolwiek inne badanie obrazowe z podaniem jodowego środka kontrastowego? (urografia, koronarografia, mammografia spektralna)	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakiegokolwiek reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani uczulona na jod?	TAK	NIE
Czy aktualnie występują u Pana/Pani jakiegokolwiek alergie wymagające leczenia?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek? Jakież?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na astmę?	TAK	NIE
Czy był/-a Pan/Pani leczona z powodu obecnego schorzenia?	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/Pani zabiegi operacyjne? Proszę wymienić jakie i podać datę	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/Pani chemioterapię lub radioterapię? Kiedy się skończyła?	TAK	NIE
Czy chemioterapia/radioterapia dotyczyła obecnie badanego schorzenia? Jeżeli nie, to jakiego?	TAK	NIE
Dotyczy kobiet: Czy jest lub podejrzewa Pani ciążę?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani na czczo? (5 godzin od ostatniego posiłku)	TAK	NIE
Czy przeczytał/a Pan/Pani informację dotyczącą badań TK otrzymaną podczas rejestracji?	TAK	NIE

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia informacji związanych z badaniem TK poniosę osobiście.

.....
/data wypełnienia ankiety/

.....
/czytelny podpis Pacjenta / opiekuna prawnego/

Wypełnia personel medyczny Pracowni TK	
Załącznik został przyjęty i sprawdzony	UWAGI:
Data.....	Podpis.....