



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)?<br>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?<br>..... 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:<br>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/

|                                               |                    |
|-----------------------------------------------|--------------------|
| <b>Wypełnia personel medyczny Pracowni TK</b> |                    |
| <b>Załącznik został przyjęty i sprawdzony</b> | <b>UWAGI:</b>      |
| <b>Data.....</b>                              | <b>Podpis.....</b> |