



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
**Powiatowy Szpital Specjalistyczny**

37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4  
NIP: 865-20-75-413, REGON: 000312567

**SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

Przypadek:  **stabilny**     **pilny**     **nagły**

Data wystawienia skierowania .....

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**Pesel** ..... **numer tel. kontaktowego** .....

**Adres zamieszkania** .....

Rodzaj badania .....

Rozpoznanie ..... ICD-10.....

Cel badania / krótki wywiad:

.....

.....

Waga pacjenta ..... Kreatynina..... eGFR ..... TSH.....

.....

pieczęć i numer telefonu kontaktowego jednostki kierującej

pieczęć lekarza kierującego

Data zgłoszenia ze skierowaniem do rejestracji TK ..... Wyznaczona data badania.....

Odbiór wyniku badania osobiście:  **TAK**     **NIE**

.....  
podpis pracownika rejestrującego

Osoba upoważniona.....

Data wykonania badania .....

Lekarz badający .....

Technik wykonujący badanie .....

Podanie kontrastu:  **dożylnie**     **doustnie**     **doodbytniczo**

.....

podpis pielęgniarki TK

Skierowanie proszę wypełnić czytelnie. Do skierowania należy dołączyć (najpóźniej w dniu badania) dokumentację radiologiczną badań wykonanych wcześniej. W dniu badania należy zgłosić się z dowodem osobistym / innym dokumentem tożsamości  
Telefon kontaktowy: Pracownia Diagnostyki Obrazowej (15) 843 33 34

Tomografia komputerowa jest badaniem z użyciem promieniowania jonizującego oraz w większości przypadków z dożylnym podaniem środka kontrastowego. Poza wieloma korzyściami ma również działania niekorzystne, z czego należy zdawać sobie sprawę.

## **ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE – TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA**

Nazwisko i imię pacjenta.....

Data urodzenia.....

Rozpoznanie.....

Rodzaj badania.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób badania diagnostycznego oraz poinformowałem o korzyściach wynikających z tego typu badania.

W sposób zrozumiały dla chorego poinformowałem go o możliwych powikłaniach i zagrożeniach.

Przedstawiłem również alternatywne możliwości diagnostyczne.

Data: .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie

### **Oświadczenie pacjenta (proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź)**

1. Czy choruje Pan(i) na: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, proteinurię, dnę moczanową, astmę oskrzelową, padaczkę? Jeśli tak proszę podkreślić właściwe.  TAK  NIE
2. Czy choruje Pan(i) na nadczynność tarczycy?  TAK  NIE
3. Czy cierpi Pan(i) na zaburzenia krzepliwości krwi, hemofilię?  TAK  NIE
4. Czy w czasie ostatniego roku był Pan(i) leczony jodem radioaktywnym, lub planuje Pan(i) takie leczenie?  TAK  NIE
5. Czy stosuje Pan(i) wymienione leki: metformina, interleukina2, NLPZ, amioglikozydy, betablokery, cyklosporynę, cisplatynę?  TAK  NIE
6. Czy kiedykolwiek wcześniej miał(a) Pan(i) wykonywane badanie TK?  TAK  NIE
7. Czy kiedykolwiek wcześniej wystąpiły reakcje uczuleniowe na podane środki kontrastowe? Jeśli tak proszę wymienić jakie.....  TAK  NIE
8. Czy kiedykolwiek wcześniej wystąpiły reakcje alergiczne na leki, pokarmy, inne?  TAK  NIE
9. Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani piersią?  TAK  NIE

**Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) zawartość tego formularza.**

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania  TAK  NIE .....

Data i podpis pacjenta  
/ opiekuna prawnego /

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza radiologa  
kwalifikującego do badania

.....  
Podpis pielęgniarki  
przeprowadzającej wywiad